

# CRAJ SCCR

Le Journal de la Société canadienne de rhumatologie



## *Point de mire sur :* les transitions en rhumatologie

### *Éditorial*

Récompenses

### *Que fait la SCR/FSCR pour vous?*

Des soins de santé durables :

Guide de mise en œuvre en rhumatologie

Ralliement pour la rhumatologie

### *Des nouvelles de l'ICORA*

Analyse décisionnelle multicritères avec 1000Minds pour l'élaboration de critères de classification de la crise rénale sclérodermique

### *Hommage boréale*

Au-delà d'un simple transfert :  
revoir la transition en rhumatologie

Passage des soins pédiatriques aux soins  
pour adultes en rhumatologie

Adaptation des soins en rhumatologie :  
un chemin long et sinueux pour une  
transition réussie

Un changement radical : ma transition vers  
la rhumatologie au Canada

Transition transatlantique :  
le point de vue d'une rhumatologue sur  
l'exercice de la médecine au Canada

### *In memoriam*

Hommage au D<sup>r</sup> Siraj Ahmad

### *Arthroscopie*

L'arthrite : un fardeau silencieux sur  
l'économie canadienne

Perspective d'une patiente : Christine Sperling

Lignes directrices de la SCR/CanRIO pour  
la prise en charge de l'immunosuppression  
initiale chez les personnes atteintes de maladies  
rhumatismales préexistantes qui commencent  
un traitement par inhibiteurs de point de  
contrôle immunitaire : résumé et réflexion

### *Prix, nominations et distinctions*

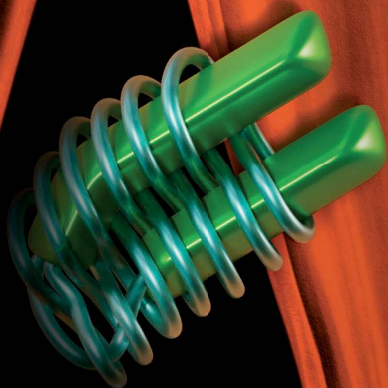
La récipiendaire du Prix du formateur d'enseignants  
émérite de la SCR en 2025 : la D<sup>re</sup> Dana Jerome

### *Conseils cliniques*

La sarcoïdose pour nos rhumatologues :  
cas complexes et atypiques

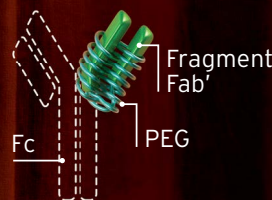
### *Articulons nos pensées*

Résultats du sondage sur la qualité et l'innovation



# Le fragment Fab' seulement

CIMZIA® - un fragment d'anticorps **pegylé** - est le seul anti-TNFα dépourvu du fragment Fc, normalement présent dans un anticorps complet\*.



**Plus de 15 ans d'expérience clinique combinée dans toutes les indications suivantes† :**

Polyarthrite rhumatoïde, 2009; rhumatisme psoriasique, 2014; spondylarthrite ankylosante, 2014; psoriasis en plaques, 2018; et spondylarthrite axiale non radiographique, 2019<sup>1,2</sup>

CIMZIA (certolizumab pegol) en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes, l'induction d'une réponse clinique majeure et l'atténuation de la progression des lésions articulaires visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère.

CIMZIA en monothérapie ou en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes et l'atténuation de la progression des lésions structurales visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de rhumatisme psoriasique actif modéré ou sévère chez qui le traitement par un ou plusieurs agents de rémission a échoué.

CIMZIA est indiqué pour :

- atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère chez l'adulte qui ne tolère pas le méthotrexate;
- la diminution des signes et des symptômes chez l'adulte atteint de spondylarthrite ankylosante active ayant présenté une réponse inadéquate au traitement classique;
- le traitement des adultes atteints d'une forme intensément évolutive de spondylarthrite axiale non radiographique montrant des signes objectifs d'inflammation mis en évidence par leur taux élevé de protéine C réactive et/ou des clichés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les tolèrent pas;
- le traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère qui sont candidats à une thérapie systémique.

\* La signification clinique comparative est inconnue.

† La signification clinique est inconnue.

AINS : médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARMM : médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie; CRP : protéine C réactive; Fc : fragment cristallisable; ICC : insuffisance cardiaque congestive; IRM : imagerie par résonance magnétique; NYHA : New York Heart Association; PEG : polyéthylène glycol; TNFα : facteur de nécrose tumorale alpha

1. Monographie de CIMZIA®, UCB Canada Inc. 13 novembre 2019.

2. Base de données des avis de conformité de Santé Canada. Accessible au <https://health-products.canada.ca/noc-ac/?lang=fr>. Consulté le 9 janvier 2025.

Veuillez consulter la monographie du produit au <https://www.ucbcanada.com/fr/cimzia> pour obtenir des renseignements importants sur :

- Les contre-indications dans les cas de tuberculose ou d'autres infections graves actives telles qu'une septicémie, des abcès et des infections opportunistes; ainsi que dans les cas d'insuffisance cardiaque modérée à sévère (classe III/IV de la NYHA);
- Les mises en garde et précautions les plus importantes concernant les infections graves et les tumeurs;
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes concernant les aggravations et apparitions d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC); la réactivation du virus de l'hépatite B; les réactions hématologiques; les réactions neurologiques; l'utilisation en association avec d'autres médicaments biologiques; l'observation des patients subissant une intervention chirurgicale et ceux qui sont passés à un autre ARMM; les symptômes d'hypersensibilité; la sensibilité au latex; la formation d'auto-anticorps; l'administration de vaccins vivants ou vivants atténués; l'utilisation chez les patients présentant une immunosuppression sévère; d'éventuels résultats de test du temps de céphaline activée (aPTT) faussement élevés chez les patients ne présentant pas d'anomalies de la coagulation; les femmes en âge de procréer; la grossesse et l'allaitement; la prudence chez les nourrissons exposés à CIMZIA in utero; la prudence chez les patients âgés;
- Les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et directives sur la posologie.

La monographie du produit est également disponible par le biais des Services de renseignements médicaux au 1-866-709-8444.



CIMZIA, UCB et son logo sont des marques déposées du Groupe de sociétés UCB.  
© 2025 UCB Canada Inc. Tous droits réservés.

CA-CZ-2500021F

  
**cimzia**<sup>®</sup>  
(certolizumab pegol)

# Récompenses

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

« Lorsque nous donnons avec joie et que nous acceptons avec gratitude, tout le monde est béni. »

-Maya Angelou

**A**u cours de l'année dernière, j'ai eu le plaisir de nommer une collègue, la D<sup>re</sup> Dana Jerome, pour deux prix en rhumatologie et de la voir remporter les deux, soit le Prix de formateur d'enseignants émérite de la SCR de 205 et le prix *Rheumatologist of the Year* (ROTY) de l'Ontario Rheumatology Association (ORA) en 2025. Comme je l'ai dit à Dana lorsque je lui ai remis le prix de l'ORA, son succès est entièrement dû aux qualités dont elle a fait preuve tout au long de sa carrière exemplaire et n'a que très peu à voir avec mes éventuelles compétences en tant que nominateur.

Il est intéressant de noter que j'ai participé aux processus d'attribution des prix et des distinctions de la SCR, de l'ORA et de l'Ontario Medical Association (OMA). À la SCR, j'ai été nommé au comité des nominations lorsque Carter Thorne en était le président. J'ai assisté à ma première réunion à la dernière minute. Comme elle précédait immédiatement un dîner de formation médicale continue auquel je participais, j'ai pris l'appel audio (avant Zoom) dans un placard de service du restaurant. La qualité de mes participations s'est améliorée par la suite, et j'ai été ravi de participer à la création du prix « Maître » de la SCR pendant mon mandat au sein du comité. La SCR compte désormais trois prix émérites et deux prix de début de carrière, un nouveau Prix d'impact du leadership de la SCR pour 2026, ainsi que le prix « Maître » de la SCR et celui « Réflexion sur la pratique ». Certains pourraient craindre que le fait d'avoir plus de prix peut en diluer leur valeur, mais avec autant de membres qui méritent d'être reconnus, je dirais qu'il n'y a jamais assez de prix pour tous ceux qui les méritent.

Au sein de l'ORA, j'ai siégé au comité des nominations en tant qu'ancien président pendant plusieurs années. En plus de notre prix ROTY, nous décernons désormais chaque année un prix récompensant les rhumatologues en début de carrière et plusieurs prix décernés aux membres émérites de l'ORA. Plus il y en a, mieux c'est.

L'OMA est l'association qui décerne normalement le plus grand nombre de prix et qui compte le plus grand nombre de catégories de prix. Au milieu de la tourmente causée par la pandémie et de tous les problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé provinciaux, j'ai remarqué, en 2023, que l'OMA n'avait décerné aucun de ses prix habituels. Andrew Park, alors président de l'OMA, avait annoncé que tout membre pouvait réserver une vidéo en ligne de 15 minutes intitulée « Conversation avec Andrew ». J'ai donc réservé une vidéo et j'ai abordé la question de cette absence de remise de prix. Peu après, le comité des prix et des distinctions de l'OMA a été rétabli, et ma candidature pour devenir membre du comité a été acceptée. Nous avons été très occu-

pés à revitaliser et à consolider les prix dans un cadre modernisé tout en essayant d'accroître l'engagement, d'honorer les lauréat(e)s de manière personnalisée et d'améliorer la transparence et l'objectivité dans la sélection des lauréat(e)s.

Ce n'est pas un processus facile. Si les prix sont accompagnés d'une récompense financière ou offrent aux lauréat(e)s une exemption du paiement des cotisations annuelles à l'association, le coût financier peut être important et le nombre de prix de ce type peut devoir être limité. Si l'adhésion à l'association n'est pas obligatoire, il peut arriver que des candidats méritants ne soient pas membres et ne puissent donc pas recevoir de prix. L'attribution d'un prix comporte également un certain risque pour la réputation de l'organisation, comme l'ont démontré les controverses impliquant plusieurs récipiendaires de l'Ordre du Canada. Il est de plus en plus courant d'analyser les réseaux sociaux afin de s'assurer que les valeurs des lauréat(e)s correspondent à celles de l'organisation. Les archives publiques des ordres professionnels médicaux concernés peuvent également être consultées : tout le monde peut déposer une plainte concernant des questions cliniques, mais celles qui font état de comportements problématiques sont plus controversées. La politique médicale peut être très animée, et la frontière entre défense fervente et critique déraisonnable de l'organisation fait souvent l'objet de débats lors des réunions de décision concernant l'attribution des prix.

Même avec une augmentation du nombre de prix décernés, nombreux sont les collègues que nous aimerions récompenser pour leur travail quotidien visant à améliorer la vie des patients, à aider leurs collègues dans le domaine de la santé et à favoriser le changement dans le système de santé. La reconnaissance informelle, par le biais de courriels élogieux, de mentions dans les bulletins d'information des organisations ou de systèmes de « reconnaissance des collègues », est un outil important pour lutter contre l'épuisement professionnel et faire en sorte que les gens se sentent valorisés. La page d'accueil du College of Physicians and Surgeons of Ontario (CPSO) offre la possibilité de « féliciter un médecin »; on espère que cette option est utilisée à l'occasion plutôt que le lien permettant de se plaindre d'un médecin qui figure sur la même page.

Il reste également du travail à accomplir pour améliorer l'égalité des genres dans les récompenses. Une lettre publiée en 2024 dans *Annals of Rheumatic Diseases*<sup>1</sup> soulignait le rôle des récompenses professionnelles « dans la reconnaissance des personnes exemplaires qui défendent les valeurs et les objectifs chers aux institutions qui les décernent... Dans cer-

*Lire la suite à la page 5.*



# COMITÉ DE RÉDACTION DU JSCR

**Énoncé de mission.** La mission du *JSCR* est de promouvoir l'échange d'informations et d'opinions au sein de la collectivité des rhumatologues du Canada.

## RÉDACTEUR EN CHEF

**Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR**  
Ancien président,  
Ontario Rheumatology Association,  
Président,  
Section de rhumatologie,  
Ontario Medical Association  
Toronto (Ontario)

## CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA SCR

**Trudy Taylor, M.D., FRCPC**  
Présidente,  
Société canadienne de rhumatologie  
Professeure agrégée,  
Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Stéphanie Tom, M.D., FRCPC**  
Vice-présidente,  
Société canadienne de rhumatologie  
Cheffe de division en rhumatologie,  
Trillium Health Partners  
Mississauga (Ontario)

**Nigil Haroon, M.D., Ph. D., DM, FRCPC**  
Président sortant,  
Société canadienne de rhumatologie  
Co-directeur,  
Programme sur la spondylarthrite, UHN  
Clinicien-chercheur, UHN  
Scientifique,  
Institut de recherche de Krembil,  
Professeur agrégé, Université de Toronto  
Toronto (Ontario)

## MEMBRES

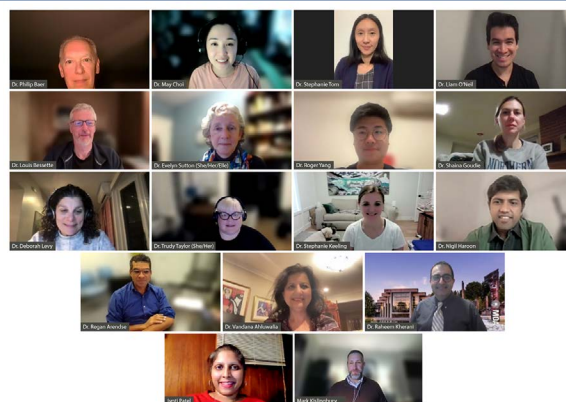
**Vandana Ahluwalia, M.D., FRCPC**  
Présidente sortante,  
Société canadienne de rhumatologie  
Ancienne cheffe de la direction,  
Service de rhumatologie,  
William Osler Health Centre  
Brampton (Ontario)

**Regan Arendse, FRCPC, Ph. D.**  
Professeur adjoint de clinique,  
Université de la Saskatchewan,  
Saskatoon (Saskatchewan)

**Louis Bessette, M.D., M. Sc., FRCPC**  
Professeur agrégé,  
Université Laval  
Rhumatologue,  
Centre hospitalier universitaire de Québec  
Québec (Québec)

**May Y. Choi, M.D., M.P.H., FRCPC**  
Professeure agrégée,  
Cumming School of Medicine,  
Université de Calgary et  
Services de santé de l'Alberta  
Calgary (Alberta)

**Shaina Goudie, M.D., MA, FRCPC**  
Professeure adjointe de clinique  
en médecine,  
Memorial University,  
Terre-Neuve-et-Labrador



**Joanne Homik, M.D., M. Sc., FRCPC**  
Professeure agrégée  
de médecine,  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

**Stephanie Keeling, M.D., M. Sc., FRCPC**  
Professeure de médecine,  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

**Raheem B. Kherani, M.D., FRCPC, MHPE**  
Directeur de programme et  
professeur de clinique agrégé,  
Division de rhumatologie,  
Département de médecine,  
Université de la Colombie-  
Britannique, Clinicien-chercheur,  
Arthrite-recherche Canada,  
Vancouver (Colombie-  
Britannique)

**Deborah Levy, M.D., MS, FRCPC**  
Professeure agrégée,  
Université de Toronto  
Membre de l'équipe  
de recherche,  
Child Health Evaluative  
Sciences Research Institute  
Toronto (Ontario)

**Liam O'Neil, M.D., FRCPC, M. H. Sc.**  
Professeur adjoint,  
Université du Manitoba,  
Winnipeg (Manitoba)

**Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP**  
Vice-doyenne,  
Enseignement médical  
prédoctoral  
Professeure de médecine,  
Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Roger Yang, M.D., FRCPC**  
Professeur adjoint de clinique,  
Co-directeur de la Clinique  
de vasculite,  
Clinicien associé avec le CR-HMR,  
Hôpital Maisonneuve-Rosemont  
Faculté de médecine,  
Université de Montréal  
Montréal (Québec)

Le comité éditorial procède en toute indépendance à la relecture et à la vérification des articles qui apparaissent dans cette publication et est responsable de leur exactitude. Les annonceurs publicitaires n'exercent aucune influence sur la sélection ou le contenu du matériel publié.

## ÉQUIPE DE PUBLICATION

**Mark Kislingbury**  
Directeur exécutif

**Jyoti Patel**  
Responsable de la rédaction

**Catherine de Grandmont**  
Rédactrice principale (version française)

**Virginie Desautels**  
Rédactrice junior (version française)

**Donna Graham**  
Responsable de la production

**Dan Oldfield**  
Directeur de la création

**Mark Kislingbury**  
Éditeur

Le **JSCR** est en ligne!  
Vous nous trouverez au  
[www.craj.ca/index\\_fr.php](http://www.craj.ca/index_fr.php)

Code d'accès : **craj**

© STA HealthCare Communications inc., 2025. Tous droits réservés. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE est publié par STA HealthCare Communications inc., Pointe-Claire (Québec). Le contenu de cette publication ne peut être reproduit, conservé dans un système informatique ou distribué de quelque façon que ce soit (électronique, mécanique, photocopiée, enregistrée ou autre) sans l'autorisation écrite de l'éditeur. Ce journal est publié tous les trois mois. N° de poste-publications : 40063348. Port payé à Saint-Laurent (Québec). Date de publication : novembre 2025.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des rédacteurs et des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les points de vue et les opinions de STA HealthCare Communications inc. ou de la Société canadienne de rhumatologie. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE sélectionnent des auteurs qui sont reconnus dans leur domaine. Le JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE ne peut garantir l'expertise d'un auteur dans un domaine particulier et n'est pas non plus responsable des déclarations de ces auteurs. Il est recommandé aux médecins de procéder à une évaluation de l'état de leurs patients avant de procéder à tout acte médical suggéré par les auteurs, ou les membres du comité éditorial, et de consulter la monographie de produit officielle avant de poser tout diagnostic ou de procéder à une intervention fondée sur les suggestions émises dans cette publication.

Prière d'adresser toute correspondance au JOURNAL DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE RHUMATOLOGIE, à l'adresse suivante :  
6500 route Transcanadienne, bureau 310, Pointe-Claire (Québec) H9R 0A5.

# Des soins de santé durables : Guide de mise en œuvre en rhumatologie



Consultez la  
boîte à outils ici :



La Société canadienne de rhumatologie (SCR) est fière d'annoncer une nouveauté, la boîte à outils de santé planétaire en rhumatologie. Intitulée *Des soins de santé durables : Guide de mise en œuvre en rhumatologie*, cette boîte à outils est conçue pour sensibiliser les professionnels du domaine et les aider à incorporer dans leur pratique les principes de la santé planétaire.

La boîte à outils, *Des soins de santé durables : Guide de mise en œuvre en rhumatologie*, un guide pratique facile à lire, s'appuie sur le travail pionnier de l'Ontario Rheumatology Association (ORA), en ayant donné la première au monde d'une trousse sur la durabilité des soins rhumatologiques. Élaborée en anglais et en français, la boîte à outils s'adresse à la communauté rhumatologique nationale, dans son ensemble, l'objet étant de susciter des commentaires et des idées.

« Nous avons créé un guide facile à utiliser qui vise à promouvoir des soins de haute qualité aux patients, ce qui se traduit généralement par des économies pour les cliniques et qui a également un impact positif sur l'environnement », explique la D<sup>re</sup> Stephanie Tom, vice-présidente de la SCR et présidente du groupe de travail sur la santé planétaire.

### Points forts de la boîte à outils

**Prise de conscience :** apprenez-en plus sur les incidences du changement climatique sur la santé et les moyens de les atténuer.

**Mesures pratiques :** mettez à profit les conseils précis qui vous sont offerts pour rendre plus durable votre pratique de soins.

**Ressource bilingue :** disponible en anglais et en français, la boîte à outils est adaptée aux réalités de la communauté rhumatologique nationale.

**Effort de collaboration :** profitez de la contribution d'éminents experts en rhumatologie et en développement durable.

Merci aux membres du groupe de travail sur la santé planétaire de la SCR, les D<sup>res</sup> Stephanie Tom (présidente), Philip Baer, Claire Barber, Sasha Bernatsky, Molly Dushnicky, Beth Hazel et Fergus To.

Le groupe de travail sur la santé planétaire se réjouit de collaborer avec ses membres et de les aider à rendre leurs espaces de travail plus écologiques. Si vous avez des questions, des commentaires ou des idées, veuillez envoyer un courriel à l'adresse suivante : [info@rheum.ca](mailto:info@rheum.ca).

## Récompenses

(suite de la page 3)

taines conditions, les récompenses peuvent stimuler la motivation et amplifier les performances ». Les auteur(e)s ont ensuite analysé les données sur les récipiendaires des prix de rhumatologie décernés par six grands organismes internationaux entre 1972 et 2023, dont l'ACR et l'EULAR. La CRA n'était pas incluse. L'ACR a décerné les deux tiers de tous les prix. L'EULAR affichait la plus grande parité entre les sexes, avec 31 % de femmes parmi les récipiendaires. L'écart entre les sexes s'est considérablement réduit, avec seulement 11,6 % de femmes lauréates avant 1990 contre 36,2 % depuis 2021. Les recommandations comprenaient la diversification des

comités de sélection des institutions octroyant les prix, une plus grande publicité autour des prix et une transparence accrue dans les processus de nomination et de sélection. De mon point de vue, ces changements sont déjà bien engagés à l'OMA, à l'ORA et à la SCR.

Référence :

1. Roy D, Andreoli L, Ovseiko PV, et coll. *Ann Rheum Dis* 2024; 83:958-959. doi:10.1136/ard-2024-225670

Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACP

Rédacteur en chef, JSCR

Toronto (Ontario)

# Ralliement pour la rhumatologie

Par Philip A. Baer, MDCM, FRCPC, FACR

En septembre dernier, les rhumatologues de partout au Canada ont lancé une nouvelle tradition fondée sur l'action collective et l'engagement commun envers l'avenir des soins aux patients. Le premier « Ralliement pour la rhumatologie », organisé par la Fondation de la Société canadienne de rhumatologie (FSCR), invitait les rhumatologues à égaliser les dons faits par les patients pendant le mois de la sensibilisation à l'arthrite, doublant ainsi leur impact en faveur de la recherche, de l'éducation et des soins aux patients.

En encourageant les rhumatologues à verser des dons équivalents à ceux des patients, doublant ainsi leur impact collectif, la campagne a suscité un débat national sur l'importance d'investir de manière soutenue dans la recherche et l'éducation en rhumatologie afin d'améliorer les soins prodigués aux patients. La campagne « Ralliement pour la rhumatologie » a bénéficié de la participation de rhumatologues venant de partout au Canada, créant ainsi une dynamique dans toutes les provinces et tous les établissements. Les fonds recueillis serviront à soutenir la mission principale de la FSCR : financer la recherche menée au Canada, soutenir l'éducation et renforcer les soins prodigués aux personnes atteintes de maladies rhumatismales.

Le directeur général de la FSCR, le Dr Ahmad Zbib, a souligné l'impact de cet élan initial et la raison principale derrière la campagne : « Nous avons fait d'énormes progrès dans le traitement de nombreuses maladies rhumatismales, mais nous ne disposons toujours pas de remèdes. Pour certaines maladies, il n'existe toujours pas de traitement efficace. C'est pourquoi la recherche est si importante, car elle nous donne la possibilité de changer le cours des choses. Notre objectif est de constituer une dotation solide

**La rhumato, MOBILISONS-NOUS!**

Apportez votre soutien.  
Impulsez le changement.  
Dynamisez l'avenir.



[crafoundation.ca/fr/mobilisons](http://crafoundation.ca/fr/mobilisons)

afin de pouvoir continuer à soutenir la recherche aujourd'hui et à l'avenir. »

Il a également exprimé sa profonde gratitude envers toutes les personnes qui ont participé au mouvement : « Nous sommes vraiment reconnaissants envers les rhumatologues et les patients qui se sont mobilisés cette année. Nous sommes enthousiastes à l'idée que la campagne puisse contribuer à accomplir de grandes choses dans les années à venir. »

La Dr<sup>e</sup> Trudy Taylor, présidente de la SCR et rhumatologue participante de Halifax, a déclaré : « Cette campagne nous a offert une nouvelle occasion de collaborer avec les patients pour l'avenir des soins rhumatologiques, et ensemble, nous pouvons avoir un impact réel. »

Avec les projets déjà en cours pour 2026, le « Ralliement pour la rhumatologie » est en voie de devenir un nouveau pilier des efforts déployés par la FSCR pour inciter les professionnels et le public à participer à façonner l'avenir.

REMARQUE : Afin de tirer parti de la dynamique et du succès remportés par la campagne jusqu'à présent, la FSCR a prolongé la date limite de participation jusqu'au 31 décembre 2025! Rejoignez le rallye et rendez-vous sur <https://crafoundation.akaraisin.com/ui/mobilisonsnous2025>.



## Analyse décisionnelle multicritères avec 1000Minds pour l'élaboration de critères de classification de la crise rénale sclérodermique

Le groupe de travail sur la crise rénale sclérodermique du Consortium des essais cliniques sur la sclérodermie a été créé afin d'élaborer et de valider des critères de classification pour la crise rénale sclérodermique (CRS). Conformément aux recommandations relatives à l'élaboration de critères de classification des maladies rhumatismales, nous avons conçu une étude en plusieurs phases, menée par des experts et fondée sur des données. Au cours de la phase I, nous avons procédé à une analyse exploratoire afin de générer des éléments permettant de définir la CRS<sup>1</sup>. Lors de la phase II, nous avons procédé à une réduction des éléments à l'aide de techniques consensuelles (trois rondes réalisées en ligne selon la méthode Delphi et discussion en groupe nominal) afin de générer un ensemble d'éléments fondamentaux permettant de définir la CRS<sup>2</sup>.



Nous avons obtenu un financement de l'ICORA en 2023 pour mener la troisième phase de l'étude (chercheurs principaux : Marie Hudson, Sindhu Johnson et Christopher Denton). L'objectif était d'affiner et de pondérer les éléments fondamentaux. Trente et une vignettes cliniques reflétant le large éventail des CRS ont été soumises par 8 experts provenant du monde entier. Un premier classement a été effectué par un panel indépendant de 14 experts (voir la photo ci-dessous) afin de recueillir les préférences individuelles quant à l'importance des éléments. Ces mêmes experts se sont ensuite réunis en personne pendant une journée et demie. La discussion a porté sur chaque élément individuellement, et un cadre de travail ainsi qu'un glossaire ont été finalisés. Les experts ont discuté de la nécessité 1) de critères d'entrée; 2) de critères d'exclusion et; 3) de critères suffisants (ou absolus) d'inclusion. Une analyse décisionnelle multicritères (ADMC) a ensuite été réalisée afin de déterminer la pondération relative de chaque élément à l'aide du logiciel 1000Minds. Le panel s'est vu présenter des scénarios appariés comparant les éléments et lui demandant de sélectionner l'option qui, selon lui, avait le plus de chances d'être classée comme CRS. La répartition des choix pour chaque scénario a été présentée au groupe. En cas de désaccord, les raisons de ce désaccord étaient débattues. Le consensus a été considéré comme atteint lorsque tous les experts ont indiqué leur accord ou ont pu accepter la décision majoritaire. Grâce à des choix itératifs par paires distinctes, le logiciel d'analyse décisionnelle a pu attribuer des pondérations relatives aux éléments.

Enfin, les résultats des exercices de classement et d'ADMC ont été analysés afin d'obtenir une mesure continue de la probabilité relative qu'un cas puisse être caractérisé comme CRS, ainsi qu'un seuil provisoire au-dessus duquel un cas pourrait être définitivement classé comme CRS.

Nous avons maintenant entamé la quatrième et dernière phase du projet. Nous rassemblons actuellement une vaste cohorte internationale de cas de CRS et de témoins afin 1) d'affiner les pondérations et le seuil dans une nouvelle cohorte de dérivation et; 2) de tester la sensibilité et la spécificité des critères finaux dans une cohorte de validation indépendante. Nous espérons produire les premiers critères de classification de la CRS fondés sur l'expertise et les données. Ce travail fournira un cadre solide pour les futurs projets visant à répondre aux besoins cliniques importants non satisfaits en matière de CRS.

#### Références :

1. Hoa S, Stern EP, Denton CP, Hudson M, Scleroderma Clinical Trials Consortium Scleroderma Renal Crisis Working Group Investigators of the Scleroderma Clinical Trials Consortium Scleroderma Renal Crisis Working G. Towards developing criteria for scleroderma renal crisis: A scoping review. *Autoimmun Rev*. 2017; 16(4):407-15.
2. Butler EA, Baron M, Fogo AB, Frech T, Ghossein C, Hachulla E, et coll. Generation of a core set of items to develop classification criteria for Scleroderma renal crisis using consensus methodology. *Arthritis Rheumatol*. 2019; 71(6):964-71.



Membres du panel de l'ADMC : la D<sup>re</sup> Robyn Domsic (États-Unis), la D<sup>re</sup> Laura Ross (Australie), la D<sup>re</sup> Virginia Steen (États-Unis), le D<sup>r</sup> Benjamin Chaigne (France), la D<sup>re</sup> Tracy Frech (États-Unis), la D<sup>re</sup> Andrea Low (Singapour), Melanie Baniña (coordinatrice de l'étude), le D<sup>r</sup> Edward Stern (Royaume-Uni), Alison Hendry (modératrice), Kristina Clark (Royaume-Uni), Falguni Desai (patiente partenaire), la D<sup>re</sup> Madelon Vonk (Pays-Bas), la D<sup>re</sup> Tatiana Rodriguez (Mexique), la D<sup>re</sup> Marie Hudson (Canada), la D<sup>re</sup> Patricia Carreira (Espagne) et le D<sup>r</sup> Lee Shapiro (États-Unis). Absente : la D<sup>re</sup> Swati Mehta (États-Unis).

# Au-delà d'un simple transfert : revoir la transition en rhumatologie

Par Michelle Batthish, M.D., M. Sc., FRCPC; et Karen Beattie, Ph. D.

La période de transition entre les soins pédiatriques et les soins pour adultes est cruciale pour les jeunes atteints de maladies rhumatismales. Loin d'être un simple transfert, la transition s'apparente davantage à un processus qui comprend la préparation aux soins pédiatriques, le transfert lui-même et la période d'adaptation aux soins pour adultes. À chaque étape, les jeunes sont exposés à des risques de rupture des soins, de conséquences néfastes pour leur santé et de tensions psychosociales. Cette transition coïncide avec une période critique du développement et de la maturation du cerveau, ainsi qu'avec des changements importants dans la vie, notamment le début des études postsecondaires, le départ du domicile familial et des changements dans l'environnement social. Il est essentiel de comprendre que cette période de grande vulnérabilité expose les jeunes atteints de maladies rhumatismales à un risque de mauvaise gestion de leur santé et à des résultats défavorables.

### Préparation au transfert : être prêt pour la transition

La préparation est la clé d'une transition réussie. Pourtant, les données montrent que de nombreux jeunes se sentent mal préparés à gérer leur santé de manière autonome lorsqu'ils quittent les soins pédiatriques<sup>1</sup>. Il est important d'évaluer leur état de préparation à la transition, que ce soit de manière formelle<sup>2</sup> ou informelle, afin de déterminer dans quelle mesure ils sont compétents et confiants pour gérer leurs médicaments, prendre et assister à leurs rendez-vous et de s'y retrouver dans les systèmes de santé. Il convient de noter que l'état de préparation doit être évalué sur une base individuelle, compte tenu de la variabilité des compétences chez les jeunes d'âges similaires<sup>3,4</sup>. Il est important d'impliquer les parents/tuteurs dans les discussions sur l'indépendance et les compétences d'autogestion, car leur perception de l'état de préparation peut différer de celle des jeunes<sup>5</sup>.

Afin d'aider les jeunes et leurs parents/tuteurs à se préparer à la transition, des ressources conçues conjointement sont utiles pour favoriser le développement des compétences et l'autogestion<sup>6</sup>. Les professionnels paramédicaux peuvent jouer un rôle important en aidant les jeunes à se préparer aux attentes du milieu des soins de santé pour adultes.



La D<sup>re</sup> Michelle Batthish



La D<sup>re</sup> Karen Beattie

### Le point du transfert : prévenir la perte de suivi

Même avec une préparation minutieuse, le transfert lui-même représente souvent le point le plus vulnérable dans la continuité des soins. Des études montrent systématiquement qu'une proportion importante de jeunes se désengagent des soins après avoir quitté la pédiatrie, avec des taux déclarés pouvant atteindre 50 % de perte de suivi dans les deux ans<sup>7</sup>. Pour les patients atteints de maladies rhumatismales, les conséquences graves potentielles comprennent les poussées, les lésions irréversibles et les mauvais résultats à long terme. Le rôle des accompagnateurs de transition ou des pairs navigateurs peut aider à fournir un soutien personnalisé pour surmonter les difficultés pratiques (telles que la navigation dans le système) et les obstacles émotionnels (tels que l'anxiété face à de nouveaux intervenants). Un taux de perte de suivi beaucoup plus faible (~ 20 %) a récemment été signalé dans un cadre clinique où les jeunes rencontraient régulièrement leurs rhumatologues pédiatriques et adultes, et où ils discutaient régulièrement de leurs compétences en matière d'autogestion et fixaient des objectifs d'amélioration<sup>8</sup>.

### Après le transfert : adaptation et santé mentale

Les défis liés à la transition vont bien au-delà du premier rendez-vous chez un médecin pour adulte et sont aggravés par la nécessité de gérer une maladie chronique dans un système de santé nouveau et souvent fragmenté. Il n'est pas surprenant que ces jeunes souffrent d'importants problèmes de



## Transition vers les soins pour adultes



© 2024 Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada. Le Guide de référence à l'intention des parents/aidants, rédigé par la Dre Michelle Batthish, la Dre Karen Beattie, le Dr Jan Willem Gorter, est protégé par les droits d'auteur de l'Université McMaster (© 2024 Université McMaster).

santé mentale pendant cette période, comme le montre la prévalence de l'anxiété, de la dépression et de l'isolement social dans cette population<sup>9-11</sup>. Ces taux ont tendance à être plus élevés que chez les personnes du même âge qui ne souffrent pas d'une maladie chronique. Ces observations soulignent la nécessité d'intégrer des aspects liés au soutien psychosocial et à la santé mentale dans les soins de routine. Les équipes de rhumatologie pour adultes doivent être attentives non seulement à l'activité de la maladie, mais aussi au bien-être émotionnel des jeunes adultes qui s'adaptent à de nouvelles routines et responsabilités.

## Conclusion

La transition n'est pas un événement ponctuel, mais un processus qui englobe la préparation, le transfert et l'adaptation post-transfert. Chaque étape comporte des risques, mais aussi des possibilités d'intervention. Grâce à des recherches sur l'état de préparation, à l'élaboration d'une boîte à outils pour la transition, à la documentation des pertes de suivi, à des études pilotes sur le *coaching* et à l'évaluation des résultats en matière de santé mentale, nous constituons une base de données factuelles plus solide pour les soins de transition. En tant que rhumatologues, nous devons collaborer entre les systèmes pédiatriques et adultes afin de garantir que les jeunes ne soient pas perdus dans la transition, mais qu'ils bénéficient d'un soutien pour s'épanouir à l'âge adulte.

*Michelle Batthish, M.D., M. Sc., FRCPC*

*Rhumatologue pédiatrique*

*Médecin en chef, Soins ambulatoires,*

*McMaster Children's Hospital*

*Professeure agrégée, pédiatrie, Université McMaster*

*Scientifique, CanChild Centre for Disability Research*

*Responsable de sous-plateforme, transition aux soins pour adulte,*

*RareKids-CAN*

*Karen Beattie, Ph. D.*

*Professeure (agrégée),*

*Département de médecine,*

*Université McMaster*

## Références :

1. Sabbagh S, Ronis T, White PH. Pediatric rheumatology: addressing the transition to adult-orientated health care. *Open Access Rheumatol*. 2018; 10:83-95.
2. Yi T, Hu Y, Xia L, et coll. Instruments to Assess Transition Readiness Among Adolescents With Chronic Disease: A COSMIN Systematic Review of Measurement Properties. *Child Care Health Dev* 2025;51:e70017.
3. Ma C, Dushnicky M, Talaat H, et coll. Self-Reported Transition Readiness of Adolescent Patients with Rheumatic Disease: Do the Parents Agree? *J Pediatr* 2022;247:155-9.
4. McColl J, Semalulu T, Beattie KA, et coll. Transition Readiness in Adolescents With Juvenile Idiopathic Arthritis and Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus. *ACR Open Rheumatol* 2021;3:260-5.
5. Dushnicky MJ, Fine C, Cellucci T, et coll. Mind the Gap: A Longitudinal Analysis of the Experiences of Adolescents and Parents in a Rheumatology Transition Clinic. *J Clin Rheumatol* 2023;29:235-9.
6. Dushnicky MJ, Scott J, McCauley D, et coll. Transition us together: development of a parent-centered toolkit to support adolescents with rheumatic disease transition to adult care. *J Trans Med* 2022;3.
7. Hazel E, Zhang X, Duffy CM, et coll. High rates of unsuccessful transfer to adult care among young adults with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J* 2010;8:2.
8. Heera S, Sholdice M, Herrington J, et coll. Lost in Transition: Examining Loss to Follow-up in JIA and cSLE. *J Clin Rheumatol* 2025.
9. Palman J, McDonagh JE. Young Minds: Mental Health and Transitional Care in Adolescent and Young Adult Rheumatology. *Open Access Rheumatol* 2020;12:309-21.
10. Siddiq S, Ainsworth JS, Pain CE, et coll. Involving young people in research investigating comorbidity associated with childhood-onset rheumatic disease: perspectives of a series of focus groups. *BMC Rheumatol* 2025;9:40.
11. Beaudoin K, Lo J, Mewhinney E, et coll. Silent Struggles: Uncovering Mental Health Burdens in Adolescents with Inflammatory Bowel Disease and Juvenile Idiopathic Arthritis-A Retrospective Chart Review. *Children (Basel)* 2025;12.
12. Marani H FJ, Tabatabavakili S, Bollegala N. Systematic narrative review of pediatric-to-adult care transition models for youth with pediatric-onset chronic conditions. *Children and Youth Services Review* 2020;118.
13. Society for Adolescent Health and Medicine. Transition to Adulthood for Youth With Chronic Conditions and Special Health Care Needs. *J Adolesc Health* 2020;66:631-4.

## Faire progresser le secteur

La recherche sur la transition a évolué, passant de la description des problèmes à l'expérimentation d'interventions. Sur la base d'évaluations de l'état de préparation, de boîtes à outils et de modèles de coaching pilotes, les prochaines étapes consistent à étendre les interventions, à intégrer des ressources pour le soutien en matière de santé mentale et à mettre en œuvre une responsabilité au niveau politique pour des transitions réussies<sup>12,13</sup>. Il est important de noter que la responsabilité de la transition ne peut incomber uniquement aux professionnels de santé pédiatriques. En tant que processus, la transition se poursuit jusqu'à l'âge adulte, et les cabinets de rhumatologie pour adultes doivent répondre aux besoins de développement de ces jeunes adultes. Il est essentiel de veiller à ce que les professionnels de santé pour adultes disposent des ressources nécessaires pour fournir ce niveau de soins afin d'assurer la continuité des soins et le contrôle à long terme de la maladie.

# Passage des soins pédiatriques aux soins pour adultes en rhumatologie

Par Angela How, M.D., FRCPC

La définition d'une transition réussie des soins pour les jeunes consiste à développer les compétences nécessaires pour gérer ses propres soins de santé et éviter des dommages irréversibles liés à la maladie. Le transfert des soins est le passage des soins pédiatriques aux soins pour adultes.

Avant le début des années 2000, la transition des soins pédiatriques vers les soins pour adultes restait peu développée, alors que 90 % des enfants atteints de maladies chroniques survivent jusqu'à l'âge adulte<sup>1</sup>. En 2010, l'Hôpital de Montréal pour enfants a signalé que 52 % des patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique (AJI) n'avaient pas réussi à passer aux soins pour adulte<sup>2</sup>, alors que 50 % des patients atteints d'AJI présentaient encore une maladie active au moment du transfert<sup>1</sup>. Une mauvaise transition augmente le risque de morbidité, de troubles mentaux, de résultats professionnels sous-optimaux, etc.

Les adolescents sont confrontés à des défis physiques et psychosociaux liés à leur développement lorsqu'ils font la transition vers l'indépendance, souvent entravée par une implication excessive des parents. Une transition réussie peut être facilitée par des soins de santé appropriés au-delà du cadre pédiatrique.

Au cours des 20 dernières années, la prise de conscience croissante de ces défis a conduit à l'élaboration de guides visant à améliorer la réussite de la transition. *Got Transition*<sup>3</sup> et *The American College of Rheumatology Transition Toolkit*<sup>4</sup> fournissent des programmes d'études fondamentaux et des bonnes pratiques. Malgré cela, une enquête menée en 2018 auprès de rhumatologues américains pour adultes a révélé que 45 % d'entre eux n'avaient jamais reçu de formation sur les pratiques de transition, que 56 % seulement se sentaient à l'aise pour prendre en charge d'anciens patients pédiatriques et que 37 % n'avaient pas de plan pour la transition des jeunes adultes vers leur cabinet<sup>5</sup>.

La Colombie-Britannique est un chef de file dans le domaine des services de transition en rhumatologie. Des programmes pilotes de transition destinés aux jeunes adultes atteints de spondylarthrite et de maladies auto-immunes ont été proposés dès 1988! En 1993, le Dr David Cabral, rhumatologue pédiatrique, et la Dr<sup>e</sup> Stephanie Ensworth, rhumatologue pour adultes, ont fusionné leurs



cliniques et intégré les patients atteints d'autres maladies inflammatoires, telles que l'AJI, dans la clinique YARD (Young Adults with Rheumatic Diseases, ou Jeunes adultes atteints de maladies rhumatismales). Cette clinique était située au Mary Pack Arthritis Centre et bénéficiait du soutien de la Société de l'arthrite. La Dr<sup>e</sup> Angela How a pris la relève en tant que rhumatologue pour adultes en 1998. La clinique YARD compte aujourd'hui quatre rhumatologues pédiatriques et trois rhumatologues pour adultes.

Le modèle de la clinique YARD repose sur des soins partagés entre des rhumatologues pédiatriques et pour

adultes, des boursiers, une infirmière coordonnatrice, une travailleuse sociale, une ergothérapeute, une physiothérapeute et du personnel administratif. El el offre également un accès rapide à des services de santé mentale, à des conseils professionnels et sexuels, ainsi qu'à un réseau de spécialistes adultes adaptés aux jeunes (par exemple en ophtalmologie, orthopédie, néphrologie, etc.).

La clinique encourage l'indépendance, l'acquisition de connaissances sur la maladie et son traitement, ainsi que la préparation au transfert<sup>6</sup>.

### Les facteurs déterminants de la préparation à la transition comprennent :

1. une connaissance adéquate de la maladie, avec des choix thérapeutiques équilibrés et éclairés;
2. des compétences pour naviguer dans le système de santé et gérer ses besoins en matière de santé;
3. une relation adulte indépendante avec le système de santé;
4. un médecin de famille et la capacité de défendre ses propres intérêts en matière de santé.

L'âge moyen auquel les patients sont transférés vers des soins pour adultes est d'environ 20 à 21 ans. Si le patient n'est pas prêt à l'âge de 22 ans, on estime qu'il est peu probable que le fait de passer plus de temps à la clinique YARD soit utile<sup>6</sup>.

Le transfert vers un rhumatologue pour adultes peut s'avérer plus difficile si le jeune adulte vit dans une région éloignée

ou rurale, s'il déménage pour ses études ou prévoit voyager dans d'autres régions du Canada ou à l'étranger. Cela nécessite davantage de planification et de temps. Le patient doit être informé des mesures à prendre en cas de complication médicale.

Dans une enquête menée en 2018 auprès de 46 jeunes suivis à la clinique YARD, 76 % d'entre eux ont répondu au questionnaire. Voici quelques-uns des résultats obtenus :

1. 95 % des jeunes étaient satisfaits des soins reçus;
2. 75 % des jeunes ont apprécié que leurs parents ne les accompagnent pas lors de leurs visites à la clinique, sauf pour le transport lorsque cela était nécessaire. Ils ont estimé que cela les encourageait à assumer davantage la responsabilité de leur santé;
3. 25 % des jeunes ont demandé plus d'informations sur la consommation de drogues et d'alcool, ainsi que sur les services de santé mentale et sexuelle.

Dans les réponses aux questions ouvertes, les principaux aspects positifs de notre clinique de transition étaient les suivants :

1. personnel aimable et accueillant;
2. continuité des soins pédiatriques;
3. possibilité de contacter une infirmière en dehors des heures d'ouverture de la clinique.

Les aspects négatifs comprenaient les éléments suivants :

1. le besoin de se rendre dans une clinique centralisée, ce qui, pour certains patients, impliquait de prendre l'avion depuis des régions plus éloignées de la Colombie-Britannique;
2. des temps d'attente parfois très long rendu à la clinique.

Les données issues d'une enquête YARD réalisée en 2025 sont encore en cours de traitement. Voici quelques commentaires positifs recueillis dans le cadre de questions ouvertes :

1. « L'équipe me parle de ma maladie et de ma médication d'une manière que je comprends facilement. »
2. « Depuis que je viens à la clinique, je trouve plus facile de prendre ma médication et de suivre mon traitement. »
3. « J'apprécie que mes parents ne soient pas présents dans la salle lors des consultations à la clinique. »
4. « Je me sens en confiance lorsque je consulte un rhumatologue pour adulte. »

Il y a également eu quelques commentaires négatifs :

1. « Je crains de renoncer à "l'autonomie" et d'avoir besoin de plus de cours pour suivre l'évolution de la maladie (sic). »
2. « Je préfère voir le même médecin à chaque visite. »
3. « Le temps que je passe dans la salle d'attente est trop long. »

Nous prévoyons de mener d'autres études de suivi afin d'accompagner ces jeunes adultes dans leur transition vers des soins exclusivement destinés aux adultes, facilité par le fait que les trois rhumatologues pour adultes de la clinique YARD ont accepté la majorité des transferts provenant de YARD.

J'ai d'ailleurs inclus une autre référence qui constitue une excellente analyse du processus de transition et de transfert<sup>8</sup>.

*Angela How, M.D., FRCPC  
Young Adult Rheumatic Diseases Clinic,  
Vancouver Coastal Health,  
Vancouver (Colombie-Britannique)*

Références :

1. Transitions in Rheumatic Disease: Pediatric to Adult Care. *Pediatr Clin North Am.* 2018 Aug; 65(4):867-883.
2. High Rates of Unsuccessful Transfer to Adult Care Among Young Adults With Juvenile Idiopathic Arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2010 Jan 11; 8:2.
3. Got Transition®. Disponible à l'adresse suivante : [www.gottransition.org](http://www.gottransition.org). Consulté le 8 octobre 2025.
4. Pediatric to Adult Rheumatology Care Transition. Disponible à l'adresse suivante : [www.rheumatology.org/Practice-Quality/Pediatric-Adult-Rheumatology-Care-Transition](http://www.rheumatology.org/Practice-Quality/Pediatric-Adult-Rheumatology-Care-Transition). Consulté le 8 octobre 2025.
5. US Adult Rheumatologists' Perspectives on the Transition Process for Young Adults With Rheumatic Conditions. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020 Mar; 72(3):432-440.
6. D. Cabral. Transition Management. In: Gay K, Davidson I, eds. *Occupational and Physical Therapy For Children with Rheumatic Diseases – A Clinical Handbook*. 1<sup>st</sup> ed. Taylor & Francis; 2008.
7. Jessa J, Avery G, Taylor G, et coll. Patient Satisfaction in a Rheumatology Transition Clinic: The Young Adults with Rheumatic Diseases Clinic in British Columbia. Affiche présentée à l'ASA de la SCR, 26-29 février 2020; Victoria, Colombie-Britannique.
8. Sadun RE. Mind the Gap: Improving Care in Pediatric-to-Adult Transition Through Education. *Rheum Dis Clin North Am.* 2020 Feb; 46(1):103-118



# Adaptation des soins en rhumatologie : un chemin long et sinueux pour une transition réussie

Par Beth Hazel, OLY, MDCM, FRCPC, MM

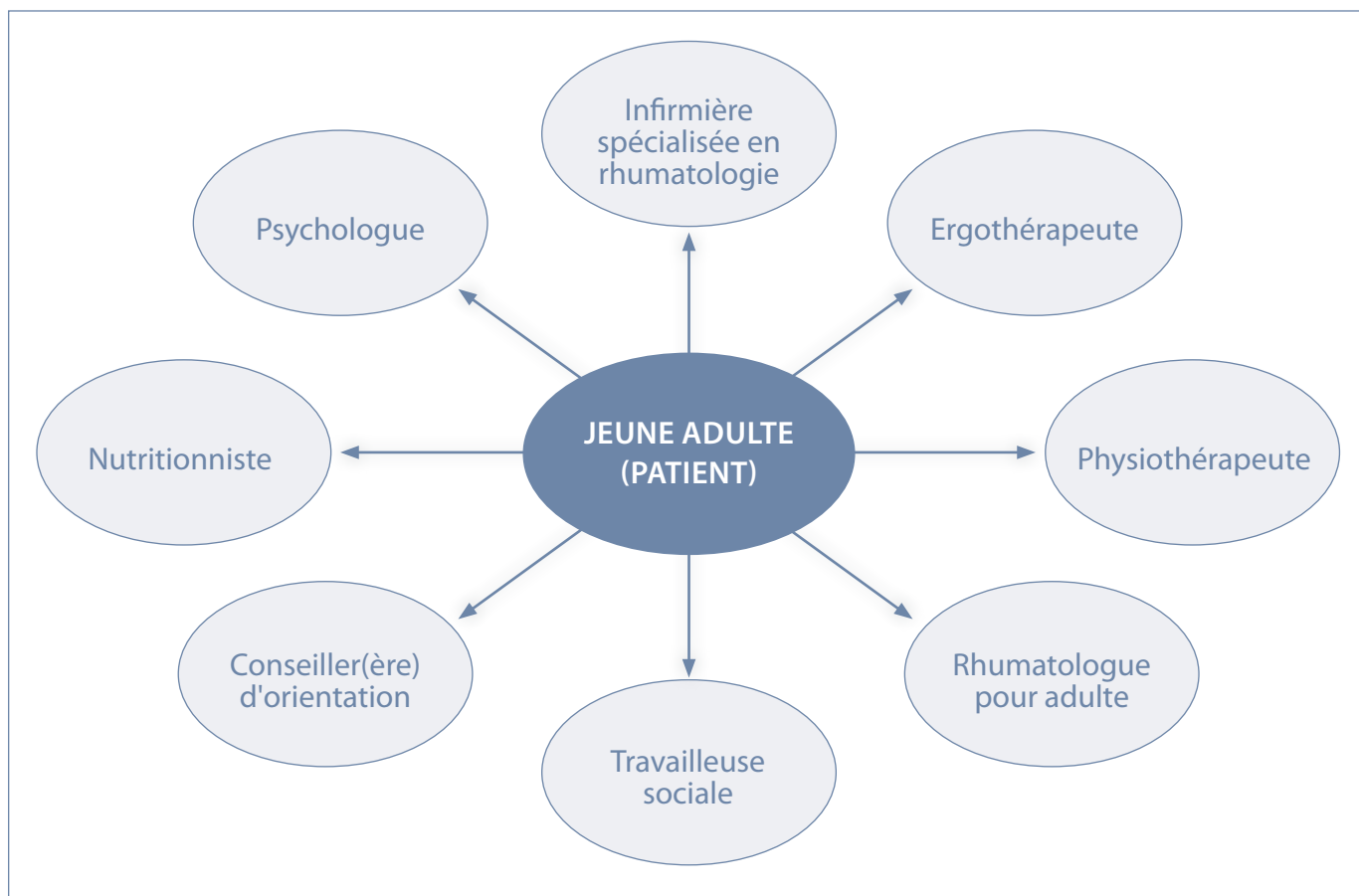
Après avoir obtenu une bourse de recherche en médecine de l'adolescence et sur les questions liées à la transition chez les jeunes adultes atteints de maladies rhumatismales à l'Université de Colombie-Britannique, à l'Université McGill et à l'Université de Montréal, j'ai mis mon expertise au service de l'Université McGill. Mon projet de recherche dans le cadre de ma bourse portait sur les jeunes patients en rhumatologie qui avaient quitté l'Hôpital de Montréal pour enfants et avaient été transférés vers des rhumatologues pour adultes au sein du réseau McGill. L'étude a démontré que plus de la moitié de ces patients ne recevaient pas les soins nécessaires dont ils avaient besoin, car ils ne parvenaient pas à franchir la période de transition vers un hôpital pour adultes. Beaucoup ont été perdus de vue malgré des maladies systémiques graves et se sont retrouvés aux urgences avec des poussées de leur maladie et des dommages irréversibles accumulés.

Après avoir constaté que cette population de patients avait besoin d'un traitement et d'un accompagnement particuliers pour s'intégrer au système de santé pour adultes, nous avons entrepris de concevoir une meilleure expérience de transition pour ces jeunes adultes. La clinique YARD a ouvert ses portes en 2007 à l'Hôpital général de Montréal, où plus de 250 patients sont désormais suivis chaque année. Cette clinique permet une prise de rendez-vous plus flexible

et les patients bénéficient du soutien de nos infirmières spécialisées en rhumatologie. L'objectif de la clinique YARD est de donner aux jeunes adultes les moyens d'agir et d'être autonomes en leur permettant de comprendre leur maladie, les médicaments et les approches non médicales permettant de gérer leurs symptômes.

Malgré la croissance rapide de la clinique YARD, nous avons rapidement pris conscience de ses limites. Contrairement à ce qui se passe à l'hôpital pour enfants, mes patients avaient un accès très limité à l'ergothérapie, à la physiothérapie, au travail social et aux services de psychologie. Après avoir exploré de nombreuses pistes différentes, nous avons contribué à la création d'un programme multidisciplinaire spécialisé au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge. Nous avons travaillé en collaboration avec d'autres équipes de soins de santé et avons réalisé qu'il existait des problèmes communs dans la transition des soins pour les jeunes adultes atteints de maladies chroniques, et nous avons pu tirer parti de certains de ces services. Nous avons créé un programme qui évalue la préparation des jeunes adultes à la transition vers les soins pour adultes et les aide à atteindre une plus grande indépendance dans leurs activités quotidiennes, en leur fournissant les outils nécessaires pour naviguer entre l'école, le travail, les loisirs, la maison et la vie familiale.





Ce programme a été couronné de succès, mais seule une minorité de patients admissibles y avaient accès. C'est pourquoi, en 2016, j'ai collaboré avec mes collègues en rhumatologie pédiatrique afin de modifier la façon dont nous transférons les patients de l'Hôpital de Montréal pour enfants à la clinique pour adultes de l'Hôpital général de Montréal. Tous les jeunes de 17 ans admissibles sont d'abord examinés dans une clinique de transition au Centre Constance Lethbridge, où je me rends en compagnie de l'infirmière spécialisée en rhumatologie de l'Hôpital de Montréal pour enfants, du coordonnateur de programme du Centre, d'un physiothérapeute et d'une travailleuse sociale, ainsi que des parents du patient. Cette clinique se concentre sur les aspects non médicaux des soins prodigués au patient, et l'équipe se fait une bonne idée des limites et des objectifs de chaque adolescent. L'équipe élabore un plan de traitement personnalisé pour chaque jeune adulte (voir figure 1). Quelques mois plus tard, nous finalisons le transfert des soins lors de la première consultation médicale du patient à l'Hôpital général de Montréal.

Les premiers commentaires des patients et des parents ont été très positifs. Nous avons constaté une amélioration des fonctions physiques, de l'observance du traitement médicamenteux et des résultats thérapeutiques chez les jeunes adultes qui avaient profité de ces ressources. Cependant,

bon nombre de nos clients ne voyaient pas la nécessité du programme de réadaptation, surtout si leur arthrite était sous contrôle.

En 2023, nous avons modifié le programme et ajouté une conseillère d'orientation à notre équipe. Elle rencontre chaque client et l'aide dans la planification de ses études et de sa carrière. Les parents et les patients ont souligné l'importance d'aborder cet aspect essentiel de leur vie.

En 2024, nous avons répété l'étude sur le processus de transition, et notre taux de réussite a grimpé à près de 90 %. Il faut vraiment tout un village pour soutenir les jeunes atteints de maladies chroniques. J'ai énormément de chance d'avoir une équipe formidable.

#### Références :

1. Hazel E, Zhang X, Duffy CM, et coll. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2010 Jan 11;8:2. doi: 10.1186/1546-0096-8-2.
2. Hazel E, Azar C, Mendel A. *J Rheumatol*. July 2025; 52 (Suppl 2): 62; DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.2025-0314.38>

*Elizabeth M. Hazel, OLY, MDCM, FRCPC, MM*

*Directrice de division, Rhumatologie,*

*Centre universitaire de santé McGill*

*Vice-doyenne, PGME, CBME*

*Professeure agrégée de médecine, Division de rhumatologie, Université McGill, Montréal (Québec)*

# Un changement radical : ma transition vers la rhumatologie au Canada

Par Denis Poddubnyy, M.D., Ph. D.

Cela fait exactement un an aujourd'hui que j'ai atterri à l'aéroport Pearson de Toronto avec deux valises et le cœur rempli d'un optimisme prudent. Tout ce que j'avais emporté était, à l'époque, considéré comme indispensable pour démarrer ma nouvelle vie au Canada, du moins pendant l'été. Des vêtements chauds ont suivi dans quelques cartons et sont arrivés à temps pour la première neige.

Cette arrivée a été précédée par près d'un an de procédures bureaucratiques incessantes, suffisamment difficiles pour décourager même les universitaires les plus déterminés. Lorsque j'ai finalement confirmé ma volonté de venir, j'ai rapidement reçu un fichier PDF rempli d'abréviations mystérieuses : CPSO, CMPA, RCPSC, OHIP... Cela ressemblait davantage à un livre de codes qu'à un guide de bienvenue. Le responsable administratif, bien intentionné, semblait supposer que les rhumatologues en Allemagne travaillent selon les mêmes règles que ceux de l'Ontario et que le CPSO est peut-être une puissance mondiale en matière d'octroi de licences.

Parmi les nombreuses surprises, il y avait l'obligation de fournir un « certificat de bonne conduite ». Au début, je ne savais pas du tout ce que cela signifiait, et encore moins où je pouvais m'en procurer un. S'agissait-il d'une évaluation morale? D'un test de personnalité? D'une lettre de ma mère? Heureusement, après quelques coups de fil frénétiques et les démarches habituelles auprès d'une administration allemande déroutante, j'ai appris que les autorités sanitaires locales de Berlin délivraient ce type de certificat aux personnes souhaitant quitter le pays (un service étrangement spécifique). Heureusement, j'étais toujours en règle, du moins aux yeux de l'employeur, et j'ai obtenu ce certificat sans délai.

Ce n'était que le début.

Vous connaissez le dicton : l'herbe est toujours plus verte chez le voisin. En Allemagne, lorsque j'ai annoncé à mes collègues que je déménageais au Canada, beaucoup ont réagi avec envie. Dans l'imaginaire allemand, le Canada occupe une place presque utopique : une nature époustouflante, une culture à la fois décontractée et sophistiquée, les opportunités



nord-américaines associées à la sécurité européenne. À leurs yeux, je partais vers un pays de rêve.

Imaginez ma surprise lorsque je suis arrivé au Canada et que j'ai rencontré exactement la réaction inverse : « Vous avez quitté l'Allemagne... pourquoi? » De nombreux Canadiens semblaient perplexes à l'idée que quelqu'un puisse volontairement troquer une vie dans un « pays européen sûr et stable » contre... Toronto? Pour eux, l'Allemagne était le pays des opéras, des pistes cyclables et d'une assurance maladie qui ne nécessite pas de glossaire.

Pourtant, je suis rapidement tombé amoureux de Toronto. L'un des aspects que je préfère dans cette ville, c'est le lac qui ressemble davantage à une mer, pour être honnête. À Berlin, l'absence d'eau à proximité me manquait, et

l'horizon vaste et infini du lac confère à la ville une certaine sérénité difficile à décrire. Mais ce qui m'a encore plus impressionné, c'est le véritable esprit multiculturel de la ville. L'endroit d'où vous venez, la couleur de votre peau ou votre accent n'ont vraiment aucune importance. Ici, les gens s'intéressent bien plus à ce que vous avez dans la tête qu'à votre nationalité. Malheureusement, je ne peux pas toujours en dire autant de l'Allemagne, qui est plutôt conservatrice.

Et la gentillesse... Wow! Le niveau de politesse et de chaleur humaine est visible partout : dans les cliniques, les magasins, les couloirs et les ascenseurs. Mais je dois admettre que cela semble s'arrêter brusquement dès que quelqu'un prend le volant. C'est comme si le fait de monter dans une voiture déclenchait une transformation : le piéton aimable et souriant devient instantanément un conducteur impatient et klaxonnant. C'est peut-être la version canadienne du Dr Jekyll et M. Hyde.

Heureusement, cet environnement bienveillant et multiculturel m'a également accueilli à l'hôpital. Commencer à travailler n'a pas été aussi difficile qu'on pourrait le croire : la médecine reste la médecine. Les maladies sont globalement les mêmes des deux côtés de l'Atlantique, et mes 20 années d'expérience en médecine interne, en rhumatologie et en maladies infectieuses m'ont aidé à faciliter la transition. J'ai



trouvé que le système de santé canadien était globalement équitable. Contrairement à l'Allemagne, où le système à deux vitesses privilégie la minorité assurée par le secteur privé avec des délais d'attente plus courts et un accès plus large (mais pas toujours fondé sur des preuves) aux traitements, le modèle canadien à payeur unique peut entraîner des retards, mais il uniformise les règles du jeu et protège également les médecins. Une fois qu'un traitement est approuvé, personne ne remet en question la prescription. En Allemagne, les rhumatologues vivent souvent dans l'ombre des vérifications des assurances, avec le risque permanent de devoir rembourser le coût des produits biologiques utilisés hors indication, quels que soient les résultats ou les bénéfices pour le patient.

Autre changement important : mon rôle dans les soins hospitaliers. En Allemagne, j'étais toujours le médecin le plus responsable. Ici, je suis consultant. Cela peut bien fonctionner, en particulier lorsque la rhumatologie est clairement le problème principal, mais dans les cas complexes comme le syndrome d'activation des macrophages ou les infections concomitantes, la communication peut s'avérer plus difficile.

Je travaille désormais dans un établissement universitaire clinique, où j'essaie de concilier mes trois vies : celle de clinicien, d'enseignant et de scientifique. Ce que j'apprécie particulièrement ici, c'est que ces rôles sont reconnus comme

distincts et méritent qu'on leur consacre du temps. Malgré mon emploi du temps chargé, j'ai trouvé le temps de réfléchir de manière conceptuelle, de développer des idées et de lancer de nouveaux projets. L'environnement universitaire qui m'entoure est à la fois stimulant et inspirant, ce qui, je l'espère, continuera à me motiver non seulement pendant cette période de transition, mais aussi pendant de nombreuses années à venir.

*Denis Poddubnyy, M.D., FRCPC  
Professeur de médecine,  
Division de rhumatologie,  
Département de médecine,  
Faculté de médecine Temerty,  
Université de Toronto  
Chercheur principal,  
Directeur du programme d'études avancées en imagerie  
pour les maladies rhumatismales,  
Codirecteur,  
Programme Gladman-Krembil sur l'arthrite psoriasique,  
Schroeder Arthritis Institute,  
Krembil Research Institute,  
University Health Network  
Toronto (Canada)*

**BIMZELX EST  
LE PREMIER ET LE  
SEUL INHIBITEUR  
DE L'IL-17A ET DE  
L'IL-17F.\*<sup>1,2</sup>**

# UNE OCCASION DE REPOUSSER LES LIMITES DU RHUMATISME PSORIASIQUE ET DE L'AXSPA GRÂCE À BIMZELX

BIMZELX est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints des affections suivantes<sup>1</sup> :

- le psoriasis en plaques modéré ou sévère, chez les candidats au traitement à action générale ou à la photothérapie;
- le rhumatisme psoriasique évolutif. BIMZELX peut être utilisé seul ou en association avec un médicament antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) non biologique conventionnel (par exemple, le méthotrexate);
- la spondylarthrite ankylosante évolutive, chez les personnes ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance au traitement conventionnel;
- la spondylarthrite axiale non radiographique (nr-axSpA) évolutive, chez les adultes présentant des signes objectifs d'inflammation tels qu'un taux élevé de protéine C réactive (CRP) et/ou des signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les ont pas tolérés.

#### **Conditions d'utilisation clinique :**

L'utilisation de BIMZELX n'est pas autorisée chez les enfants (< 18 ans).

#### **Mises en garde et précautions pertinentes :**

- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Réactions d'hypersensibilité graves
- Vaccination
- Infections, y compris la tuberculose
- Femmes enceintes ou qui allaitent
- Femmes en mesure de procréer

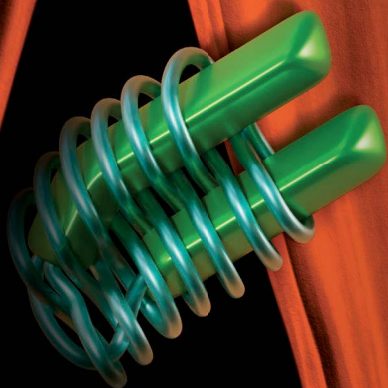
#### **Pour de plus amples renseignements :**

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse [ucb-canada.ca/fr/bimzelx](http://ucb-canada.ca/fr/bimzelx) pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives posologiques qui ne sont pas abordés dans le présent document. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en communiquant au 1-866-709-8444.

\* La signification clinique comparative est inconnue.

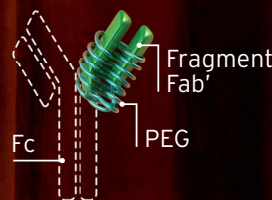
<sup>1</sup>. Monographie de BIMZELX. UCB Canada Inc. 27 novembre 2024. <sup>2</sup>. Données internes, UCB Canada Inc.





# Le fragment Fab' seulement

CIMZIA® - un fragment d'anticorps **pegylé** - est le seul anti-TNFα dépourvu du fragment Fc, normalement présent dans un anticorps complet\*.



**Plus de 15 ans d'expérience clinique combinée dans toutes les indications suivantes† :**  
Polyarthrite rhumatoïde, 2009; rhumatisme psoriasique, 2014; spondylarthrite ankylosante, 2014; psoriasis en plaques, 2018; et spondylarthrite axiale non radiographique, 2019<sup>1,2</sup>

CIMZIA (certolizumab pegol) en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes, l'induction d'une réponse clinique majeure et l'atténuation de la progression des lésions articulaires visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère.

CIMZIA en monothérapie ou en association avec le méthotrexate est indiqué pour :

- la diminution des signes et des symptômes et l'atténuation de la progression des lésions structurales visibles à la radiographie chez l'adulte atteint de rhumatisme psoriasique actif modéré ou sévère chez qui le traitement par un ou plusieurs agents de rémission a échoué.

CIMZIA est indiqué pour :

- atténuer les signes et les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde active modérée ou sévère chez l'adulte qui ne tolère pas le méthotrexate;
- la diminution des signes et des symptômes chez l'adulte atteint de spondylarthrite ankylosante active ayant présenté une réponse inadéquate au traitement classique;
- le traitement des adultes atteints d'une forme intensément évolutive de spondylarthrite axiale non radiographique montrant des signes objectifs d'inflammation mis en évidence par leur taux élevé de protéine C réactive et/ou des clichés d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les tolèrent pas;
- le traitement des patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère qui sont candidats à une thérapie systémique.

\* La signification clinique comparative est inconnue.

† La signification clinique est inconnue.

AINS : médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens; ARMM : médicaments antirhumatismaux modificateurs de la maladie; CRP : protéine C réactive; Fc : fragment cristallisable; ICC : insuffisance cardiaque congestive; IRM : imagerie par résonance magnétique; NYHA : New York Heart Association; PEG : polyéthylène glycol; TNFα : facteur de nécrose tumorale alpha

1. Monographie de CIMZIA®, UCB Canada Inc. 13 novembre 2019.

2. Base de données des avis de conformité de Santé Canada. Accessible au <https://health-products.canada.ca/noc-ac/?lang=fr>. Consulté le 9 janvier 2025.

Veuillez consulter la monographie du produit au <https://www.ucbcanada.com/fr/cimzia> pour obtenir des renseignements importants sur :

- Les contre-indications dans les cas de tuberculose ou d'autres infections graves actives telles qu'une septicémie, des abcès et des infections opportunistes; ainsi que dans les cas d'insuffisance cardiaque modérée à sévère (classe III/IV de la NYHA);
- Les mises en garde et précautions les plus importantes concernant les infections graves et les tumeurs;
- Les autres mises en garde et précautions pertinentes concernant les aggravations et apparitions d'une insuffisance cardiaque congestive (ICC); la réactivation du virus de l'hépatite B; les réactions hématologiques; les réactions neurologiques; l'utilisation en association avec d'autres médicaments biologiques; l'observation des patients subissant une intervention chirurgicale et ceux qui sont passés à un autre ARMM; les symptômes d'hypersensibilité; la sensibilité au latex; la formation d'auto-anticorps; l'administration de vaccins vivants ou vivants atténués; l'utilisation chez les patients présentant une immunosuppression sévère; d'éventuels résultats de test du temps de céphaline activée (aPTT) faussement élevés chez les patients ne présentant pas d'anomalies de la coagulation; les femmes en âge de procréer; la grossesse et l'allaitement; la prudence chez les nourrissons exposés à CIMZIA in utero; la prudence chez les patients âgés;
- Les conditions d'utilisation clinique, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et directives sur la posologie.

La monographie du produit est également disponible par le biais des Services de renseignements médicaux au 1-866-709-8444.



CIMZIA, UCB et son logo sont des marques déposées du Groupe de sociétés UCB.  
© 2025 UCB Canada Inc. Tous droits réservés.

CA-CZ-2500021F





# Transition transatlantique : le point de vue d'une rhumatologue sur l'exercice de la médecine au Canada

Par Priyanka Chandratre, B. Sc. (hon.), MBBCh, Ph. D., FRCP (RU)

## Pourquoi le Canada?

C'est une question qui m'a été posée à maintes reprises au cours des deux dernières années, depuis que j'ai été nommée rhumatologue et clinicienne-chercheuse à l'Hôpital d'Ottawa. La rédaction de cette réflexion très personnelle m'a donné l'occasion de revenir sur cette décision sous différents angles.

Lorsque notre famille a décidé de quitter le Royaume-Uni pour s'installer au Canada, nos amis, nos proches et nos collègues ont été intrigués. Je suis rhumatologue clinicienne et universitaire formée au Royaume-Uni, où j'ai suivi des études de médecine à la Cardiff Medical School, puis 12 ans de formation en médecine interne générale et en rhumatologie (y compris un doctorat) dans plusieurs hôpitaux universitaires en Angleterre. J'ai eu la chance de pouvoir suivre cette formation sans interruption de carrière. Mon mari, un médecin généraliste formé au Royaume-Uni, est passé de la chirurgie à la médecine générale pendant la période de bouleversements liée à la modernisation des carrières médicales, une période dont ma génération de médecins se souvient bien. Nous avons tous deux obtenu des postes stables de consultant et de médecin généraliste associé et nous étions enfin installés dans la même ville, où nous avons acheté la maison de nos rêves. Nous envisagions une longue et épanouissante carrière au sein du très admiré National Health Service (NHS) britannique, soutenus par notre famille élargie et de bonnes écoles pour nos deux jeunes enfants.

Alors pourquoi quitter notre carrière en plein essor, déraciner notre famille, quitter nos proches et abandonner un système de santé publique florissant et un cabinet privé? Sur papier, cela peut sembler illogique. Pourtant, l'expérience vécue correspond rarement à ce qui est écrit noir sur blanc. Nous avons quitté le Royaume-Uni à la recherche d'une vie professionnelle plus épanouissante, où nous nous sentirions



valorisés, appréciés et écoutés. Nous aspirions à l'autonomie pour prendre des décisions en fonction des besoins cliniques de nos patients et à une routine de travail qui nous permette d'assumer des responsabilités au-delà de la médecine. Bien que le NHS ait été fondé sur le principe d'égalité — « universaliser le meilleur » —, sa situation actuelle a déçu de nombreux cliniciens et patients. Les défis ne sont pas uniques : le vieillissement de la population et la pénurie de main-d'œuvre mettent à rude épreuve de nombreux systèmes de santé. Cependant, la frustration personnelle d'être géré par des administrateurs non cliniciens déconnectés des réalités cliniques, associée à des infrastructures inadéquates (espaces de bureau limités, « hot desking », soutien administratif insuffisant,

absence de systèmes efficaces de dossiers médicaux électroniques et assistance minimale aux stagiaires) rendait tout changement significatif impossible. La bureaucratie entravait souvent l'innovation, comme la création de cliniques multipécialisées, la protection du temps consacré à la recherche ou la centralisation des soins. Ces réalités nous ont finalement motivés à faire un acte de foi.

Ce qui a commencé par un simple courriel envoyé par curiosité à la Société canadienne de rhumatologie s'est transformé en une aventure qui a changé ma vie, et dont je suis profondément reconnaissante. J'ai été mise en contact avec un rhumatologue formé au Royaume-Uni qui s'était précédemment installé au Canada et qui m'a guidée tout au long du processus d'obtention d'une inscription académique pour exercer en tant que rhumatologue à Ottawa. Ma division actuelle de rhumatologie à l'Hôpital d'Ottawa m'a réservé un accueil extrêmement chaleureux et m'a apporté un soutien sans faille, rendant cette transition professionnelle et personnelle beaucoup plus facile que je ne l'aurais imaginé.

La médecine clinique est très similaire au Canada et au Royaume-Uni, et les lignes directrices en matière de rhumatologie sont largement harmonisées, notamment en ce qui concerne les traitements biologiques. Il existe toutefois des différences notables. Un coordonnateur dédié aux traitements biologiques et des programmes de soutien aux patients pour l'accès aux médicaments biologiques coûteux sont uniques ici et permettent aux patients d'accéder relativement rapidement à ces médicaments ainsi qu'à des services supplémentaires tels que des vaccinations, des services de diététiciens et un dépistage pré-biologique. Je travaille désormais dans le cadre d'un modèle de rémunération à l'acte financé par des fonds publics qui encourage le travail clinique, récompense l'efficacité et, à mon avis, améliore l'accès et les soins aux patients. Le régime d'assurance maladie de l'Ontario couvre les services médicaux de base pour les résidents, mais les services paramédicaux et de nombreux médicaments dépendent d'une couverture privée ou basée sur l'âge et le revenu. La navigation entre les « codes d'utilisation limitée » et les formulaires d'assurance variables reste un travail en cours. Malgré ces nuances, les avantages de pratiquer la rhumatologie à l'Hôpital de l'Université de Toronto l'emportent largement sur les inconvénients. Je suis reconnaissante de pouvoir compter sur un bureau dédié, une adjointe administrative efficace et une équipe inspirante et collaborative de collègues médecins et stagiaires. La formation spécialisée en rhumatologie au Canada, bien que plus courte qu'au Royaume-Uni, est intensive et bien structurée. Alors que la prestation de services occupe une grande partie du temps de formation au Royaume-Uni, les programmes canadiens mettent l'accent sur l'apprentissage clinique ciblé et la prise de décision.

Le respect accordé aux médecins du Canada est une autre différence notable. Si le travail d'équipe multidisciplinaire est l'avenir des soins de santé, un leadership médical fort reste essentiel pour garantir la qualité et la sécurité. Au sein du NHS, ce sentiment de leadership médical – et avec lui, le moral des professionnels – se dégrade. Au Canada, les médecins sont appréciés et reconnus à leur juste valeur pour leur expertise et leur sens des responsabilités. D'un point de vue académique, bien que la concurrence soit rude, les opportunités ne manquent pas. Les institutions encouragent systématiquement les candidatures à des financements de

recherche internes et externes, qu'il s'agisse du département de médecine de l'Hôpital d'Ottawa, des universités affiliées, des organisations médicales universitaires ou des organismes nationaux de financement.

En fin de compte, tout revient à nos patients; la raison pour laquelle nous faisons ce que nous faisons. Entendre des commentaires tels que « Nous sommes si heureux que vous soyez ici » ou « Nous espérons que vous resterez malgré les hivers rigoureux » me réchauffe vraiment le cœur. Cela reflète une culture de gratitude et de respect mutuel qui est rafraîchissante et profondément motivante. En tant que famille, nous avons adopté le style de vie détendu et axé sur les activités de plein air qu'offre Ottawa. Mon mari est satisfait de sa carrière en médecine familiale, et nos enfants sont fiers de considérer le Canada comme leur pays natal. Tous les actes de foi ne garantissent pas le succès, mais celui-ci nous a apporté un épanouissement personnel, une satisfaction professionnelle et un regain de motivation dont nous serons toujours reconnaissants.

*Priyanka Chandratre, B. Sc. (hon.), MBBCh, Ph. D., FRCP (RU)  
Rhumatologue et professeure adjointe,  
Hôpital d'Ottawa, Campus Riverside,  
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO) et  
Université d'Ottawa,  
Ottawa (Ontario)*

# La récipiendaire du Prix du formateur d'enseignants émérite de la SCR en 2025 : la D<sup>re</sup> Dana Jerome

Selon vous, quelles sont les qualités d'un bon enseignant? En quoi ces qualités s'appliquent-elles à vous?

Je pense qu'un bon enseignant/formateur est quelqu'un qui prend le temps de rendre les interactions pédagogiques enrichissantes pour chaque élève. Je pense qu'il est très important de créer un environnement dans lequel les apprenants se sentent libres de poser des questions, sans craindre qu'elles soient « trop simples ». Il est difficile pour les apprenant(e)s de ne pas ressentir le « syndrome de l'imposteur », ce qui peut les rendre hésitants à demander de l'aide ou des conseils. Je pense qu'il est essentiel de briser ces barrières pour créer un environnement d'apprentissage propice à la réussite.

Vous êtes enseignante clinicienne et professeure agrégée de médecine à l'Université de Toronto, ainsi que cheffe de la division de rhumatologie au Women's College Hospital. Vous avez obtenu votre diplôme de médecine et effectué votre résidence en médecine interne à l'Université Western Ontario, suivi d'une formation spécialisée en rhumatologie à l'Université d'Ottawa et obtenu une maîtrise en formation des professionnels de la santé à l'Institut d'études pédagogiques de l'Ontario à l'Université de Toronto. Vous contribuez avec passion à l'enseignement de la rhumatologie à l'Université de Toronto, où vous occupez depuis huit ans le poste de directeur du programme de formation en rhumatologie adulte.

a) D'où provient, selon vous, votre passion pour l'enseignement médical?

Waouh, c'est une bonne question. Je pense avant tout que j'aime les gens et la rhumatologie. Je pense que pouvoir partager mon amour pour la rhumatologie est une grande joie. C'est comme vouloir partager avec quelqu'un un bon repas ou un morceau de musique que vous aimez. C'est toujours mieux de partager que de profiter seul. Je pense également que travailler dans un environnement où je suis entouré de jeunes stagiaires intelligents, ambitieux et énergiques me stimule. Les étudiants peuvent parfois voir les choses différemment, ce qui peut remettre en question nos



façons de faire habituelles et m'inciter à réfléchir davantage et à apprendre chaque jour.

b) Comment l'enseignement médical a-t-il évolué au cours de votre carrière?

C'est également une très grande question. Je pense que l'enseignement médical a évolué au fur et à mesure que notre monde a changé, que les patients et notre système de santé ont évolué. Lorsque j'étais étudiante en médecine, nous trouvions nos informations à la bibliothèque, pas sur Internet; nous n'avions pas de téléphones intelligents pour accéder à n'importe quelle information à tout moment. La manière dont l'enseignement est dispensé dans le contexte actuel doit être différente.

Je pense que nous devons redoubler d'efforts pour nous assurer que les étudiants acquièrent une compréhension approfondie de la matière. Une réponse rapide est disponible en quelques secondes grâce à un aperçu fourni par l'IA sur Google. Toutefois, je pense qu'il est impératif de mieux comprendre pourquoi nous recommandons certaines choses, quelles sont les nuances entre certains choix que nous faisons en matière de soins médicaux et comment nous pouvons appliquer ces connaissances de manière spécifique à chaque patient. Atteindre ces objectifs pédagogiques sera un défi et nos méthodes d'enseignement évolueront probablement au fil du temps.

L'enseignement médical et les évaluations ont également évolué de manière très concrète. Nous sommes passés à un modèle d'évaluation basé sur les compétences, dont l'objectif est de vérifier la maîtrise d'une compétence plutôt que la simple exposition à celle-ci et la mesure de la formation en fonction du temps passé. Je pense que ce modèle est encore en pleine évolution et que nous n'avons pas encore mesuré le succès de cette initiative. En fin de compte, il sera probablement ajusté et modifié afin d'atteindre l'objectif visé.

Vous avez également occupé des postes de direction dans le cadre d'initiatives éducatives à l'échelle provinciale avec l'Ontario Rheumatology Association (ORA) et à l'échelle nationale avec la SCR, notamment dans le cadre d'examen cliniques d'objectifs structurés (ECOS), de cours





La D<sup>re</sup> Dana Jerome reçoit son prix des mains de la présidente de la SCR, la D<sup>re</sup> Trudy Taylor, lors de l'Assemblée scientifique annuelle de la SCR qui s'est tenue à Calgary en février 2025.

de formation des résidents et de l'examen national écrit de formation en rhumatologie (NWRITE). Vous êtes membre du Comité spécialisé en rhumatologie du Collège royal depuis maintenant huit ans et venez de prendre place à la présidence.

**Quels sont les moments forts et les défis que vous avez rencontrés jusqu'à présent dans votre carrière?  
Comment avez-vous surmonté ces défis?**

J'ai eu la chance de pouvoir travailler dans de nombreux domaines liés à l'enseignement de la rhumatologie. Même si le travail avec les étudiants est toujours un moment fort, je dois dire que participer à des projets provinciaux et nationaux a également été un réel plaisir. Cela m'a permis de rencontrer des collègues rhumatologues de tout le pays. Cela a été un moment fort, car notre pays regorge de rhumatologues extraordinaires, brillants et inspirants, qui comptent parmi les meilleures personnes que l'on puisse rencontrer. Travailler avec ces collègues a vraiment rendu mon travail plus agréable et plus enrichissant. Découvrir et comprendre tout le travail formidable accompli à travers le

pays est une source d'inspiration. Je suis toujours impressionnée et j'aimerais avoir ne serait-ce que la moitié de l'énergie de ces collègues extraordinaires.

Je pense que l'un des défis auxquels beaucoup d'entre nous sont confrontés est d'essayer de trouver le bon équilibre. Il y a toujours des exigences contradictoires entre le travail et la famille, sans parler du temps personnel. Je ne pense pas avoir surmonté ce défi, mais j'ai fait de mon mieux pour y parvenir au fil des ans. Maintenant que mes enfants sont un peu plus grands (et que je suis depuis quelques semaines dans la phase du nid vide), je comprends que les besoins de votre famille évoluent rapidement et qu'il est difficile de suivre le rythme. Ma famille sait que je serai là pour eux en un instant pour les choses importantes et que rien n'est plus important. Cependant, ils savent aussi qu'être médecin a ses propres exigences, et je pense que le fait de me voir exercer mon métier de médecin, d'avoir des patients et d'autres collègues qui dépendent de moi, est aussi une façon de « montrer ma présence » à ma famille, dans la mesure où je démontre l'importance de s'engager dans quelque chose et d'avoir un impact dans mon travail et ma communauté. J'espère qu'ils auront la chance de pouvoir en faire autant en grandissant.

**Vous souvenez-vous d'un ou d'une enseignant(e) qui vous a inspiré(e) et guidé(e) dans vos études?**

Au fil des ans, j'ai eu tellement de professeurs qui m'ont inspiré. Certains remontent à mes années de secondaire, comme mon professeur d'histoire qui enseignait avec un tel enthousiasme qu'il était facile d'aimer cette matière. Il était l'exemple parfait de la façon dont raconter des histoires peut aider à rendre le contenu accessible et mémorable. Je pense que la médecine, tout comme l'histoire, se prête bien au pouvoir de la narration. Je pense souvent à M. Thomas lorsque je prépare une présentation et que je me demande quelle histoire je pourrais raconter pour souligner mon propos. Dans le domaine de la médecine/rhumatologie, la D<sup>re</sup> Janet Pope, à London, en Ontario, où j'ai suivi ma formation en médecine interne, m'a vraiment donné envie de me spécialiser en rhumatologie. Elle savait trouver un équilibre unique entre l'attention qu'elle accordait à ses patients, à ses étudiants et à sa famille. Je sais que cela ne colle pas tout à fait, mais la voir réussir à concilier tout cela était vraiment inspirant. J'ai suivi ma formation en rhumatologie à Ottawa, où le D<sup>r</sup> Doug Smith m'a aidé à choisir une carrière dans l'enseignement, car je voyais à quel point il trouvait sa carrière universitaire épanouissante. En tant que stagiaire, j'ai beaucoup apprécié son aide et ses conseils.

**Vous croyez fermement au pouvoir de la communauté rhumatologique. Vous avez œuvré à instaurer une culture**

### La récipiendaire du Prix du formateur d'enseignants émérite de la SCR en 2025 : la D<sup>re</sup> Dana Jerome SCR

(suite de la page 21)

de collégialité, de respect mutuel et de soutien dans toutes les organisations où vous avez eu le privilège de travailler. Votre philosophie en matière d'éducation est axée sur l'environnement et la culture d'apprentissage, ainsi que sur l'exemple donné. Vous croyez fermement que les stagiaires s'épanouissent et apprennent mieux lorsqu'ils se sentent en sécurité et soutenus. Vous avez travaillé d'arrache-pied pour créer des environnements d'apprentissage propices à la réalisation de ces objectifs.

**En tant que formatrice d'enseignants respectée, quel conseil donneriez-vous à un futur rhumatologue?**

Je pense que le plus important est de faire ce que l'on aime. La médecine et la rhumatologie sont des domaines particuliers, car il existe de nombreuses façons de se les approprier. Je pense que le pire est d'essayer de se conformer à l'image que l'on croit que les autres attendent de nous. Une carrière dans la médecine ou l'enseignement est long, et le plus important est de faire ce que l'on aime. Ainsi, sans même le vouloir, on inspirera les autres. Je reconnais toutefois que, dans toute carrière, on ne peut pas faire ce qu'on aime à 100 % et qu'il y aura des moments difficiles ou des obstacles à surmonter, même si l'on n'« aime » pas le processus. Ce n'est pas grave si cela vous permet d'atteindre un objectif qui vous rendra heureux à long terme. Je pense qu'il est tout aussi important de reconnaître que vous faites partie d'un tout et qu'aider les autres vous aidera également, en fin de compte. Alors, écoutez, faites un effort supplémentaire, proposez votre aide, même si cela ne vous arrange pas forcément, et ces efforts rendront votre carrière plus épanouissante et plus enrichissante.

**Si vous n'étiez pas rhumatologue/enseignante-formatrice, quelle autre carrière auriez-vous choisie?**

C'est amusant que vous posiez cette question. En tant que directrice de programme, au premier jour de l'orientation de nos nouveaux stagiaires, je leur pose cette question depuis de nombreuses années. C'est une façon de faire leur connaissance dans un contexte non médical et je suis toujours surprise de voir à quel point les gens sont intéressants.

Ma réponse à cette question est toujours la même. Je dis toujours à mes stagiaires que dans une autre vie, je serais organisatrice d'événements, où je pourrais organiser des événements importants, élaborés et, bien sûr, glamour. Sinon, je mettrais ma créativité à profit en tant que designer floral et j'espère avoir beaucoup de fleurs en surplus à ramener à la maison!

**Vous avez trois enfants. Quelles leçons avez-vous tirées de votre expérience en tant que formatrice professionnelle qui s'appliquent bien à l'éducation des enfants, et inversement?**

Oui, j'ai trois enfants : une fille de 19 ans et des jumeaux de 18 ans. Je suis toujours la même personne, à la fois enseignante/formatrice et maman. L'une des choses que j'aime dans l'enseignement, c'est que je peux ramener à la maison des anecdotes sur des événements ou des interactions qui se sont produits avec les stagiaires, et nous en discutons à table pendant le souper. Cela se termine invariablement par une discussion sur la façon dont chacun aurait pu gérer une situation quelconque. J'espère que mes enfants en tireront des leçons et comprendront pourquoi les décisions sont prises du point de vue d'un « enseignant ». Je ne me considère pas comme une « maman » pour mes stagiaires, mais je comprends que de nombreux facteurs peuvent influencer la façon dont un stagiaire se présente un certain jour ou ses résultats à un examen particulier. Je pense que le fait d'être maman me rappelle qu'il faut voir la « personne » derrière l'élève et qu'il est important de comprendre et d'apprendre à connaître les stagiaires, et d'être là pour eux.

**Quelles sont vos passions en dehors de la rhumatologie?**

Comme vous pouvez le deviner d'après mes réponses aux questions précédentes, j'aime cuisiner, recevoir et faire des compositions florales.

**Vous êtes coincé sur une île déserte : quel livre aimeriez-vous avoir avec vous?**

Un seul livre est difficile. Une lecture facile et agréable est la série *Armand Gamache enquête* de Louise Penny, qui se déroule dans un Québec rural. J'aime les histoires qui nous rappellent la bonté des gens. Il y en a tellement de bonnes!

**Quel est votre plat ou votre cuisine préféré(e)?**

Ces dernières années, je suis devenue accro à la cuisine méditerranéenne. Je suis une grande fan du chef Yotam Ottolenghi. J'ai testé la plupart de ses restaurants à Londres et j'ai tous ses livres de cuisine, qui font partie de mes préférés.

**On vous offre un billet d'avion pour n'importe quelle destination dans le monde. Où aimeriez-vous aller?**

Mes enfants vous diront que l'endroit où je souhaite le plus aller est les Îles Galápagos pour voir les fous à pieds bleus et d'autres espèces uniques et menacées. Le Machu Picchu et Buenos Aires figurent également en bonne place sur ma liste.

*Dana Jerome, M.D., M. Éd., FRCPC  
Présidente, Comité des ressources humaines de la SCR,  
Directrice de programme,  
Programme de formation en rhumatologie  
Professeure adjointe de médecine,  
Université de Toronto, Toronto (Ontario)*

# L'arthrite : un fardeau silencieux sur l'économie canadienne



Un nouveau rapport de la Société de l'arthrite du Canada et de Léger – soins de santé, intitulé « L'arthrite : un fardeau silencieux sur l'économie canadienne », met en lumière le fardeau économique trop souvent sous-estimé de l'arthrite. Malgré le fait qu'elle est la principale cause d'invalidité au Canada, seulement 4 % des Canadiens reconnaissent l'arthrite comme telle. Chaque année, cette maladie coûte environ 33 milliards de dollars en perte de productivité et en dépenses de soins de santé, et, comme on s'attend à ce que le nombre de personnes atteintes d'arthrite passe de 6 à 9 millions d'ici 2045, la pression ne fera que s'intensifier.

Parmi les répondants atteints d'arthrite de la population active, 85 % affirment que l'arthrite affecte ou affectera leur capacité à travailler. Seulement 24 % d'entre eux ont eu des accommodements au travail et 65 % trouvent que leur employeur ne les soutient pas suffisamment. Fait intéressant, un

tiers des Canadiens atteints d'arthrite reçoivent leur diagnostic avant 45 ans, ce qui souligne les répercussions de la maladie sur les années professionnelles les plus productives.

« Les Canadiens ressentent les pressions de l'économie actuelle : augmentation des coûts, droits de douane et incertitude mondiale. Nous ne maîtrisons pas ces forces. Mais, nous pouvons nous attaquer au problème de l'arthrite », explique Trish Barbato, présidente et chef de la direction de la Société de l'arthrite du Canada.

Le rapport est un appel pour un accroissement de l'investissement dans la recherche, un renforcement du soutien au travail et une amélioration de la sensibilisation afin de combler le fossé entre la réalité et les perceptions.

Pour voir toutes les conclusions, visitez le site [arthrite.ca/a-propos-de-nous/actualites-recits](https://arthrite.ca/a-propos-de-nous/actualites-recits).



# La sarcoïdose pour nos rhumatologues : cas complexes et atypiques

Par Na'ama Avitzur, M.D., FRCPC; et Daniel Vis, M.D., FRCPC

**L**a sarcoïdose est une maladie granulomateuse systémique d'origine inconnue qui peut toucher presque tous les organes. En raison de la nature inflammatoire et multisystémique de la maladie, la sarcoïdose relève du domaine de la rhumatologie et doit être prise en compte dans le diagnostic différentiel d'une variété de manifestations.

## MTC/sarcoïdose

Les maladies du tissu conjonctif (MTC) peuvent coexister avec la sarcoïdose. Les cliniciens doivent donc être vigilants lorsque les patients présentent des signes et symptômes nouveaux ou changeants qui ne peuvent être entièrement attribués à leur affection primaire. Dans ces cas, le diagnostic de MTC précède le plus souvent celui de sarcoïdose, mais l'inverse est également fréquent<sup>1</sup>. Les MTC les plus couramment diagnostiquées en association avec la sarcoïdose sont la sclérodermie, le lupus érythémateux disséminé et la polyarthrite rhumatoïde. Les patients sont plus souvent des femmes et présentent une sarcoïdose caractérisée par une atteinte cutanée ou pulmonaire<sup>1</sup>. Les patients sont plus souvent des femmes et présentent une sarcoïdose caractérisée par une atteinte cutanée ou pulmonaire<sup>1</sup>. Les facteurs possibles à l'origine de cette relation sont inconnus, mais l'hypothèse est que chez les personnes atteintes d'une MTC précédant la sarcoïdose, la MTC sous-jacente pourrait entraîner une inflammation granulomateuse conduisant à la sarcoïdose.

## Sarcoïdose d'origine médicamenteuse

Les rhumatologues peuvent également être confrontés à des cas de sarcoïdose due à des réactions médicamenteuses. La sarcoïdose d'origine médicamenteuse a été rapportée comme étant causée par divers médicaments, notamment les interférons, les traitements antirétroviraux, les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires et les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (TNF). D'ailleurs, les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires et les médicaments anti-TNF ont récemment fait l'objet d'un intérêt particulier<sup>2</sup>. Des séries de cas ou des rapports de cas ont été publiés décrivant une granulomateuse de type sarcoïdique se développant chez des patients auxquels on avait prescrit, entre autres, de l'étanercept, de l'adalimumab et de l'infliximab<sup>3-5</sup>. Cette association semble contre-intuitive en raison de l'utilisation bien décrite du traitement anti-TNF pour la sarcoïdose réfractaire<sup>6</sup>. Les réactions peuvent toucher n'importe quel organe, entraînant une sarcoïdose pulmonaire, cutanée, rénale ou oculaire. L'arrêt du traitement anti-TNF responsable suffit généralement

à résoudre la réaction, bien que le délai de rémission puisse varier de 1 à 12 mois<sup>7</sup>. Les glucocorticoïdes peuvent être utilisés pour traiter les patients présentant une dysfonction ou des symptômes importants au niveau des organes. Les tentatives de réintroduction d'un autre agent anti-TNF sont généralement bien tolérées, bien que des cas d'échec aient été rapportés<sup>8</sup>.

Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (IPCI) ont été associés à des réactions pulmonaires et cutanées de type sarcoïdose<sup>9</sup>. Ces médicaments comprennent le nivolumab, l'ipilimumab et le pembrolizumab, avec une incidence de réactions sarcoïdoseuses d'origine médicamenteuse comprise entre 2 % et 20 %<sup>10</sup>. Les recommandations thérapeutiques varient selon les directives cliniques, avec des recommandations de faible qualité préconisant la poursuite du traitement par IPCI dans les cas asymptomatiques, avec ajout de glucocorticoïdes à faible dose si les patients présentent des symptômes. Il est important de noter que toutes les directives recommandent de réaliser une biopsie des lésions suspectes afin de distinguer la sarcoïdose de la progression tumorale<sup>9</sup>.

On pense que le granulome sarcoïde se forme en raison d'une réponse immunitaire anormale à médiation cellulaire des lymphocytes T CD4+. Le déclencheur initial de cette réaction est la présentation d'un antigène non identifié par des cellules présentatrices d'antigènes, telles que les macrophages ou les cellules dendritiques, aux lymphocytes T<sup>11</sup>. Dans les cas réfractaires de sarcoïdose, les thérapies avancées cherchent à cibler directement ces voies.

## Thérapies avancées

On pense que le granulome sarcoïde se forme en raison d'une réponse immunitaire anormale à médiation cellulaire des lymphocytes T CD4+. Le déclencheur initial de cette réaction est la présentation d'un antigène non identifié par des cellules présentatrices d'antigènes, telles que les macrophages ou les cellules dendritiques, aux lymphocytes T<sup>11</sup>. Dans les cas réfractaires de sarcoïdose, les thérapies avancées cherchent à cibler directement ces voies.

L'infliximab est un anticorps ciblant le TNF-alpha et constitue généralement l'agent de troisième intention privilégié chez les patients réfractaires. Les données issues d'essais cliniques ont montré des améliorations de la fonction pulmonaire, de la qualité de vie et du test de marche de six minutes<sup>11,12</sup>. Les patients présentant des signes persistants d'inflammation ou de maladie pulmonaire sont plus susceptibles de répondre favorablement au traitement<sup>13</sup>. L'adalimumab est un anti-

corps qui cible également le TNF-alpha. Certaines données suggèrent une amélioration de la sarcoïdose pulmonaire réfractaire grâce à l'adalimumab après l'échec de l'infliximab<sup>14</sup>. De plus, il s'est révélé bénéfique dans le traitement de l'uvéïte, de la sarcoïdose cardiaque ou cutanée<sup>15-17</sup>. L'adalimumab est moins immunogène et présente moins de risques de réactions allergiques graves, mais l'infliximab tend à avoir un taux de réponse plus élevé<sup>11</sup>.

D'autres inhibiteurs du TNF sont considérés comme moins efficaces que l'infliximab et l'adalimumab, notamment le golimumab ou l'éta nercept. Ces médicaments sont jugés inefficaces car leur action principale cible le TNF soluble plutôt que le TNF lié à la membrane<sup>11</sup>. De plus, l'éta nercept semble être plus fortement associé au développement de réactions granulomateuses paradoxales de type sarcoïdose induites par les médicaments que les autres médicaments anti-TNF.

Il est intéressant de noter que, bien que la sarcoïdose soit une maladie principalement à médiation cellulaire T, un traitement ciblant les cellules B, tel que le rituximab, pourrait jouer un rôle dans les cas réfractaires. Une petite série de cas et un essai clinique ont montré des améliorations légères mais non durables de la capacité vitale forcée et du test de marche de six minutes<sup>18</sup>.

Le tocilizumab, un inhibiteur de l'IL-6, a démontré une amélioration des symptômes et de la fonction pulmonaire lorsqu'il est utilisé comme agent de quatrième ligne chez les patients réfractaires au traitement anti-TNF. Les patients de cette série de cas ont répondu au traitement malgré l'échec d'un ou plusieurs agents anti-TNF antérieurs, ce qui constitue un résultat prometteur pour une population réfractaire au traitement<sup>19</sup>. Le tofacitinib est un inhibiteur des kinases Janus (JAK), une petite molécule disponible par voie orale qui agit sur de nombreuses cytokines pro-inflammatoires impliquées dans la formation des granulomes sarcoïdes<sup>20</sup>. Diverses cytokines associées à la sarcoïdose transmettent des signaux via la voie de signalisation JAK-STAT. Par conséquent, les inhibiteurs des JAK constituent des traitements prometteurs qui pourraient s'avérer bénéfiques dans le traitement de la sarcoïdose. Le tofacitinib s'est révélé efficace pour améliorer la sarcoïdose cutanée et pulmonaire réfractaire dans une petite série de 10 cas<sup>21</sup>.

## Conclusion

En résumé, la sarcoïdose est une maladie complexe que le rhumatologue peut rencontrer dans divers contextes cliniques. Le diagnostic de sarcoïdose d'origine médicamenteuse ou de sarcoïdose concomitante à une maladie auto-immune nécessite une grande vigilance clinique et une bonne connaissance de ces complications rares. Les options thérapeutiques pour

les cas avancés se multiplient, offrant aux patients des options plus efficaces que celles qui existaient auparavant.

Na'ama Avitzur, M.D., FRCPC

Division de pneumologie, Département de médecine,  
Université de la Colombie-Britannique,  
Vancouver (Colombie-Britannique)

Daniel Vis, M.D., FRCPC

Division de pneumologie, Département de médecine,  
Université de Calgary,  
Calgary (Alberta)

## Références :

- Judson MA, Shapiro L, Freitas S, Polychronopoulos VS, Highland KB. Concomitant sarcoidosis and a connective tissue disease: review of the clinical findings and postulations concerning their association. *Respir Med*. 2013; 107(9):1453-1459.
- Chopra A, Nautiyal A, Kalkanis A, Judson MA. Drug-Induced Sarcoidosis-Like Reactions. *Chest*. 2018; 154(3):664-677.
- Theunssens X, Bricman L, Dierckx S, et coll. Anti-TNF Induced Sarcoidosis-Like Disease in Rheumatoid Arthritis Patients: Review Cases from the RA UCLouvain Brussels Cohort. *Rheumatol Ther*. 2022; 9(2):763-770.
- Sobolewska B, Baglivo E, Edwards AO, et coll. Drug-induced Sarcoid Uveitis with Biologics. *Ocul Immunol Inflamm*. 2022; 30(4):907-914.
- Bewley AP, Maleki S. Systemic sarcoidosis reactions as a result of tumour necrosis factor-alpha treatment for patients with psoriasis. *Clin Exp Dermatol*. 2021; 46(8):1548-1550.
- Baughman RP, Valeyre D, Korsten P, et coll. ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. *Eur Respir J*. 2021;58(6).
- Daen CI, Monnier A, Claudepierre P, et coll. Sarcoid-like granulomatosis in patients treated with tumor necrosis factor blockers: 10 cases. *Rheumatology (Oxford)*. 2009; 48(8):883-886.
- van der Stoep D, Braunstahl GJ, van Zeben J, Wouters J. Sarcoidosis during anti-tumor necrosis factor-alpha therapy: no relapse after rechallenge. *J Rheumatol*. 2009; 36(12):2847-2848.
- Donkor KN, Jang H, Sail R. A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines for Managing Pulmonary Toxicities Caused by Immune Checkpoint Inhibitors: Quality of Treatment Recommendations and Differences in Management Strategies Between Guidelines. *Clin Med Insights Oncol*. 2023;17:11795549231203153.
- Chorti E, Kanaki T, Zimmer L, et coll. Drug-induced sarcoidosis-like reaction in adjuvant immunotherapy: Increased rate and mimicker of metastasis. *Eur J Cancer*. 2020; 131:18-26.
- Obi ON, Lower EE, Baughman RP. Biologic and advanced immunomodulating therapeutic options for sarcoidosis: a clinical update. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2021; 14(2):179-210.
- Rossman MD, Newman LS, Baughman RP, et coll. A double-blinded, randomized, placebo-controlled trial of infliximab in subjects with active pulmonary sarcoidosis. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis*. 2006; 23(3):201-208.
- Vorselaars AD, Crommelin HA, Deneer VH, et coll. Effectiveness of infliximab in refractory FDG PET-positive sarcoidosis. *Eur Respir J*. 2015; 46(1):175-185.
- Crommelin HA, van der Burg LM, Vorselaars AD, et coll. Efficacy of adalimumab in sarcoidosis patients who developed intolerance to infliximab. *Respir Med*. 2016; 115:72-77.
- Pariser RJ, Paul J, Hirano S, Torosky C, Smith M. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of adalimumab in the treatment of cutaneous sarcoidosis. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 68(5):765-773.
- Erckens RJ, Mostard RL, Wijnen PA, Schouten JS, Drent M. Adalimumab successful in sarcoidosis patients with refractory chronic non-infectious uveitis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2012; 250(5):713-720.
- Rosenthal DG, Parwani P, Murray TO, et al. Long-Term Corticosteroid-Sparing Immunosuppression for Cardiac Sarcoidosis. *J Am Heart Assoc*. 2019; 8(18):e010952.
- Sweiss NJ, Lower EE, Mirsaeidi M, et al. Rituximab in the treatment of refractory pulmonary sarcoidosis. *Eur Respir J*. 2014; 43(5):1525-1528.
- Sharp M, Donnelly SC, Moller DR. Tocilizumab in sarcoidosis patients failing steroid sparing therapies and anti-TNF agents. *Respir Med X*. 2019; 1.
- Kisseleva T, Bhattacharya S, Braunstein J, Schindler CW. Signaling through the JAK/STAT pathway, recent advances and future challenges. *Gene*. 2002; 285(1-2):1-24.
- Damsky W, Wang A, Kim DJ, et coll. Inhibition of type 1 immunity with tofacitinib is associated with marked improvement in longstanding sarcoidosis. *Nat Commun*. 2022; 13(1):3140.

# Perspective d'une patiente : Christine Sperling

À l'âge de 19 ans, j'ai souffert de douleurs articulaires invalidantes, d'une fatigue intense, d'une éruption cutanée inexpliquée et d'un taux de plaquettes extrêmement bas. Après plusieurs mois d'incertitude, on m'a diagnostiqué un lupus érythémateux disséminé (lupus) dans les années 1980. À l'époque, les informations sur cette maladie auto-immune complexe étaient limitées et, en tant que jeune femme en première année d'université, j'avais beaucoup de questions sans réponse. Je me demandais comment le lupus allait affecter mes études, mes aspirations professionnelles, mes relations et ma qualité de vie en général. Quelque temps plus tard, on m'a également diagnostiqué un syndrome des antiphospholipides (SAP) et une thrombocytopénie immunitaire (TPI).

Au fil des ans, j'ai connu toute une série de symptômes, allant de légères poussées à des complications potentiellement mortelles nécessitant des hospitalisations, des interventions chirurgicales, des transfusions sanguines et des traitements continus. Ces expériences ont considérablement influencé ma vie quotidienne et mes décisions à long terme concernant ma carrière et ma vie personnelle. Bien que j'aie connu des grossesses à haut risque et des complications liées à cela, j'ai eu la chance d'avoir deux enfants en bonne santé. Malgré les nombreux défis liés au lupus, devenir mère a été la partie la plus



enrichissante et épanouissante de ma vie. Ma famille a toujours été une source de force, de joie et de motivation, même pendant les moments les plus difficiles de mon parcours médical.

Consciente de l'importance de comprendre ma maladie, j'ai cherché activement à m'informer sur le lupus, ses options thérapeutiques et les recherches en cours. Cela m'a amenée à participer à divers projets de recherche en tant que patiente, ce qui m'a finalement ouvert la voie à un rôle plus officiel. Il y a environ cinq ans, j'ai été invitée à rejoindre une équipe de recherche en tant que patiente partenaire. Depuis, j'ai eu le privilège de mettre à profit mon expérience vécue pour éclairer et soutenir le développe-

ment de recherches significatives et centrées sur les patients. Je suis également membre du Conseil des partenaires patients du Réseau canadien de recherche sur la thromboembolie veineuse (CanVECTOR), qui se concentre sur la recherche liée à la thromboembolie veineuse (TEV).

Vivre avec le lupus a eu un impact profond sur ma vie. En tant que patiente et patiente partenaire, je souhaite partager mon point de vue sur les symptômes, le traitement et l'accès à l'information. Grâce à ma collaboration avec des chercheurs, je contribue à faire en sorte que la recherche reflète davantage la réalité des patients et favorise une meilleure sensibilisation, une meilleure éducation et de meilleurs résultats pour les personnes atteintes de lupus.

Je suis reconnaissante envers les chercheurs exceptionnels qui m'ont engagée en tant que patiente partenaire et qui ont reconnu la valeur de mon expérience vécue pour éclairer la conception de l'étude, améliorer sa pertinence et aider à orienter la recherche qui améliore les résultats pour les personnes atteintes de lupus.

En fin de compte, mon objectif est de contribuer à la recherche de manière à faire progresser les soins et à améliorer la vie des personnes touchées par cette maladie difficile.

*Christine Sperling  
Patiente partenaire en recherche médicale,  
Calgary (Alberta)*



Christine Sperling avec ses enfants, Natasha et Sasha.



CRA+SCR

2026  
ANNUAL  
SCIENTIFIC  
MEETING



2026  
ASSEMBLÉE  
SCIENTIFIQUE  
ANNUELLE

APRIL 16-19 • HALIFAX, NS • 16-19 AVRIL

## ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE ANNUELLE (ASA) DE LA SCR, DU 16 AU 19 AVRIL 2026



asm.rheum.ca

Inscriptions dès le 1<sup>er</sup> décembre 2025 | EN PERSONNE

Nouvelle plage  
de dates, même  
conférence très  
appréciée!

L'ASA 2026 de la SCR vous accueille,  
**EN PERSONNE**, à Halifax, du jeudi 16 au  
dimanche 19 avril 2026!

Volets formation inédits, offre scientifique de pointe,  
programmes interactifs, possibilités de maillage au sein de la  
plus grande communauté rhumato du Canada...

Placée sous le thème « **La rhumatologie : du changement de  
courants au changement à accueillir à bras ouverts** », cette  
édition, occasion de nous ouvrir à de nouvelles perspectives, de  
bousculer les vieux postulats et de façonner, ensemble, l'avenir des  
soins rhumatologiques, est un rendez-vous à ne pas manquer.

En apprendre plus et s'inscrire sur **asm.rheum.ca**

Date limite des inscriptions : le 20 mars 2026



VIRTUAL | VIRTUELLE

## RheumReview



En apprendre  
plus :

**Le 20 février 2026**

Inscription dès le 14 novembre 2025

Rafraîchissez votre socle de connaissances sous l'impulsion d'un programme à haut  
rendement axé sur des sujets cliniquement pertinents! Séance virtuelle d'une journée,  
**le RheumReview de la SCR : Mises à jour cliniques canadiennes** apporte aux  
rhumatologues des mises à jour pratiques, factuelles, portant sur des sujets de l'heure dans  
le domaine de la rhumatologie.

Date limite des inscriptions : le 30 janvier 2026

# Lignes directrices de la SCR/CanRIO pour la prise en charge de l'immunosuppression initiale chez les personnes atteintes de maladies rhumatismales préexistantes qui commencent un traitement par inhibiteurs de point de contrôle immunitaire : résumé et réflexion

Par Shahin Jamal, M.D., FRCPC, M. Sc.; et Carrie Ye, M.D., FRCPC, MPH

Les inhibiteurs de points de contrôle immunitaire (IPCI) ont révolutionné le traitement du cancer et ses résultats en facilitant l'activation chronique du système immunitaire pour cibler et détruire les cellules cancéreuses. Ils sont utilisés pour plusieurs types de cancers et de différentes manières, notamment à des fins curatives, palliatives et comme traitement adjuvant. Aux États-Unis, le nombre de patients atteints d'un cancer et pouvant bénéficier d'un traitement par IPCI est passé de 1,54 % en 2011 à 43,68 % en 2018<sup>1</sup>. Avec l'utilisation croissante des IPCI (parfois en association avec d'autres IPCI, la chimiothérapie, les traitements ciblés, les hormonothérapies, les vaccins contre le cancer et d'autres traitements émergents) et le vieillissement de la population, l'utilisation des IPCI devrait continuer à se développer dans les années à venir. L'inconvénient de l'activation immunitaire chronique est le développement de réactions inflammatoires hors cible, appelées événements indésirables liés au système immunitaire (EISI), qui peuvent avoir un impact sur n'importe quel système de l'organisme.

Les patients atteints de maladies rhumatismales préexistantes (MRP) ont été largement exclus des essais cliniques portant sur les IPCI en cas de cancer. Néanmoins, il est largement reconnu que nos patients atteints de MRP devraient se voir proposer des IPCI, si cela est indiqué, pour le traitement de leur cancer. Notre rôle en tant que rhumatologues est de collaborer avec l'oncologue, le patient et les autres professionnels de la santé afin d'optimiser les résultats du traitement du cancer de manière aussi sécuritaire que possible<sup>2</sup>. Dans la pratique clinique, les patients atteints de MRP sont confrontés à des défis particuliers, notamment un risque plus élevé de développer des EISI de novo, un risque de poussée de leurs

maladies rhumatismales sous-jacentes et la prise en charge de leur immunosuppression initiale afin d'optimiser les résultats en matière de cancer sans provoquer de poussée de leur maladie sous-jacente.

Il n'existe actuellement aucun essai clinique ni aucune autre ligne directrice pour aider les clinicien(ne)s à déterminer les meilleures pratiques de prise en charge des maladies rhumatismales chez les patients traités par IPCI pour leur cancer. À cette fin, la Société canadienne de rhumatologie (SCR) et le Groupe de recherche canadien de rhumatologie en immuno-oncologie (CanRIO) ont collaboré afin d'élaborer des lignes directrices évolutives sur la prise en charge optimale de l'immunosuppression initiale chez les patients atteints de MRP et qui commencent un traitement par IPCI. Le comité multidisciplinaire (voir photo) comprenait des experts en rhumatologie clinique de partout au Canada, ainsi qu'un oncologue, un méthodologiste et un patient partenaire. Les lignes directrices sont divisées en deux parties : la première partie étant axée sur les patients atteints d'arthrite inflammatoire préexistante (y compris la polyarthrite rhumatoïde, la polymyalgie rhumatismale, l'arthrite psoriasique et la spondylarthropathie séronégative); et la deuxième partie étant axée sur les patients atteints de maladies rhumatismales auto-immunes systémiques préexistantes (y compris la sclérose systémique, le lupus érythémateux disséminé, le syndrome de Sjögren, la myosite, la sarcoïdose, la vascularite et la maladie de Behçet)<sup>3,4</sup>. Les recommandations générales de bonnes pratiques et les recommandations spécifiques concernant la prise en charge de l'immunosuppression initiale par maladie sont résumées dans les tableaux qui accompagnent les articles publiés. En général, nous recommandons de réduire



Les membres du comité à l'issue de deux jours de discussion et de vote.

Rangée du haut : Alexandra Ladouceur, Marie Hudson, Faiza Khokhar, Janet Roberts et Aurore Fifi-Mah.

2<sup>e</sup> rangée : Dirk Velthuisen, Carrie Ye, Nancy Maltez, Megan Himmel et Shahin Jamal.

3<sup>e</sup> rangée : Roko Nikolic, Jordi Pardo, Janet Pope, Ines Colmegna et Alexandra Saltman.

Rangée du bas : Sabrina Hoa, May Choi et Lourdes Gonzalez Arreola.

l'immunosuppression initiale chez les personnes souffrant d'arthrite inflammatoire préexistante, tout en recommandant de maintenir le même niveau d'immunosuppression initiale chez les personnes souffrant de maladies rhumatismales auto-immunes systémiques préexistantes, bien qu'il existe des nuances pour chaque MRP spécifique. Ces lignes directrices sont disponibles en libre accès afin d'être largement diffusées et utilisées. Comme il s'agit de lignes directrices évolutives, nous serons en position de les mettre à jour au fur et à mesure que la recherche progresse.

L'élaboration de ces lignes directrices vivantes a été une expérience collaborative et enrichissante, qui nous a tous beaucoup appris. Nous tenons à remercier le comité des lignes directrices de la SCR, en particulier Jordi Pardo et Glen Hazlewood, ainsi que notre patient partenaire, Dirk Velthuisen, qui nous a fait part de ses précieuses observations. Nous espérons que ces lignes directrices seront utiles pour les soins cliniques et la défense des droits des patients, et qu'elles serviront de base à d'autres recherches. La SCR et le CanRIO travaillent actuellement à l'élaboration de deux autres lignes directrices axées sur l'arthrite inflammatoire induite par les ICI et la myosite induite par les ICI. Restez à l'affût!

*Shahin Jamal, M.D., FRCPC, M. Sc.*  
Professeure de clinique en médecine,  
Université de la Colombie-Britannique  
Clinicienne-chercheuse, Arthrite-recherche Canada  
Codirectrice du réseau CanRIO,  
Vancouver (Colombie-Britannique)

*Carrie Ye, M.D., FRCPC, MPH*  
Professeure agrégée, Université de l'Alberta,  
Département de médecine, Faculté de médecine et de dentisterie,  
Edmonton (Alberta)

#### Références :

1. Haslam A, Prasad V. Estimation of the Percentage of US Patients With Cancer Who Are Eligible for and Respond to Checkpoint Inhibitor Immunotherapy Drugs. *JAMA Netw Open*. 2019; 2(5):e192535.
2. Kostine M, Finckh A, Bingham CO, Visser K, Leipe J, Schulze-Koops H, et coll. EULAR points to consider for the diagnosis and management of rheumatic immune-related adverse events due to cancer immunotherapy with checkpoint inhibitors. *Ann Rheum Dis*. 2021; 80(1):36-48.
3. Ye C, Nikolic RPA, Choi M, Fifi-Mah AV, Graham J, O'Neil LJ, et coll. Canadian Rheumatology Association/Canadian Research Group of Rheumatology in Immuno-Oncology Living Guidelines for Baseline Immunosuppression in Individuals With Preexisting Rheumatic Diseases Initiating Immune Checkpoint Inhibitors. Part 1: Preexisting Inflammatory Arthritides. *J Rheumatol*. 2025.
4. Ye C, Nikolic RPA, Choi M, Fifi-Mah AV, Graham J, O'Neil LJ, et coll. Canadian Rheumatology Association/Canadian Research Group of Rheumatology in Immuno-Oncology Living Guidelines for Baseline Immunosuppression in Individuals With Preexisting Rheumatic Diseases Initiating Immune Checkpoint Inhibitors. Part 2: Preexisting Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases. *J Rheumatol*. 2025.



## Résultats du sondage *Articulons nos pensées* : qualité et innovation

Le sondage *Articulons nos pensées* de cette édition visait principalement à recueillir les points de vue des membres de la SCR concernant la qualité et l'innovation. Au total, 65 réponses ont été soumises.

La première question concernant l'épuisement professionnel était la suivante : « En tant que médecin, quels sont les domaines qui, selon vous, contribuent le plus à l'épuisement professionnel dans votre travail clinique (choisissez les deux domaines les plus importants)? » Plus de 60 % des répondant(e)s ont sélectionné « les tâches administratives telles que les ordonnances, l'examen des résultats, les formulaires d'assurance/gouvernementaux », suivis par 37 % qui ont choisi « la rédaction des notes cliniques » et 30 % qui ont indiqué « les appels téléphoniques/demandes de renseignements des patients en dehors des rendez-vous à la clinique ».

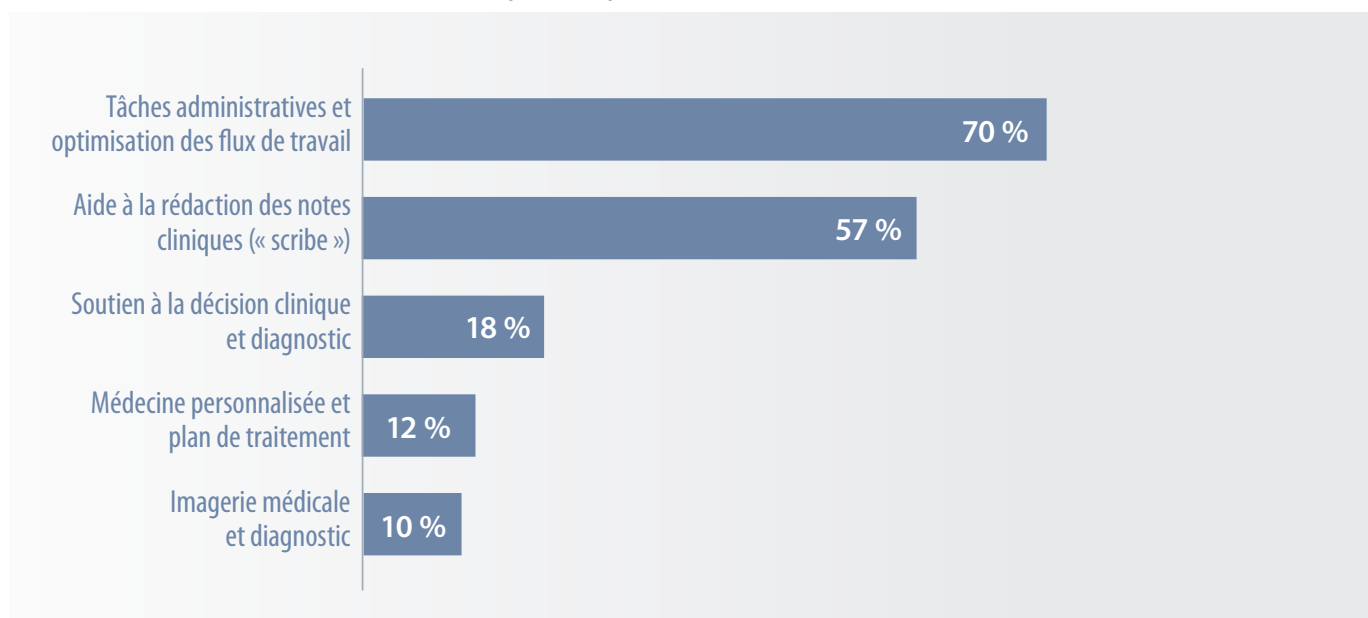
La deuxième question était la suivante : « En tant que médecin, quels sont les domaines qui vous intéressent le plus en matière d'intelligence artificielle (IA) pour améliorer votre

travail clinique (sélectionnez les deux domaines les plus importants)? » La réponse la plus fréquente, avec environ 70 %, était « les tâches administratives et l'optimisation du flux de travail », suivie par environ 57 % qui ont répondu « l'aide à la rédaction des notes cliniques (« scribe ») ». Reportez-vous à la figure 1 pour obtenir le détail complet des réponses.

Les commentaires généraux et les préoccupations portaient sur les limites de l'utilisation de l'IA dans les établissements ou les hôpitaux, qui peuvent en interdire l'utilisation, ainsi que sur la confiance des médecins dans l'accès de l'IA aux informations des patients. Un autre commentaire concernait les formulaires d'assurance gouvernementaux : « Les formulaires d'assurance/gouvernementaux sont pénibles à remplir, non seulement parce qu'ils prennent du temps, mais aussi en raison des "règles" arbitraires qui limitent l'accès aux soins des patients. »

Le comité sur la qualité et innovation de la SCR évalue actuellement ces résultats. Pour toute question ou commentaire, veuillez envoyer un courriel à l'adresse [info@rheum.ca](mailto:info@rheum.ca).

**Figure 1.** En tant que médecin, quels sont les domaines qui vous intéressent le plus en matière d'intelligence artificielle (IA) pour améliorer votre travail clinique?  
(Sélectionnez les deux domaines les plus importants.)



# Hommage au Dr Siraj Ahmad (1939 – 2025)

Par Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP; et Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC



Le Dr Siraj Ahmad avec son épouse Munawar et sa fille Zareen, lors de la cérémonie organisée pour son départ à la retraite en 2008.

Le Dr Siraj Ahmad s'est éteint paisiblement chez lui à Halifax en octobre dernier.

Né et ayant fait ses études à Peshawar, au Pakistan, le Dr Ahmad a terminé ses études secondaires à l'Islamia College avant d'entrer au Khyber Medical College, où il a été fier de faire partie de la première promotion de l'établissement en 1960. Sa quête de l'excellence médicale l'a conduit aux États-Unis, où il a effectué un internat à l'Albany Medical College en 1963, suivi d'une résidence en médecine interne au St. Vincent's Charity Hospital de Cleveland, dans l'Ohio.

En 1967, il rejoint l'Université Dalhousie pour commencer une bourse de recherche en rhumatologie, où il se lie d'une amitié durable avec le Dr Jack Woodbury, dont le mentorat contribue à façonner sa carrière. Grâce au soutien du Dr Woodbury, le Dr Ahmad étudie pendant plusieurs mois avec le Dr Eric Bywaters à Taplow, en Angleterre, une expérience qui approfondit encore son expertise et sa passion pour la rhumatologie.

Après sa formation, le Dr Ahmad a mené une longue et brillante carrière de rhumatologue, partageant son temps entre son cabinet privé très fréquenté et un poste de professeur à l'Université Dalhousie, où il assumait également des responsabilités hospitalières. Il a reçu le prix Brian M. Chandler pour l'ensemble de ses réalisations dans le domaine de l'enseignement médical.

Après avoir pris sa retraite en 2008, il s'est employé à renforcer le Khyber Medical College de Peshawar grâce à une collaboration avec l'Université Dalhousie.

Au-delà de la médecine, le Dr Ahmad était dévoué à sa foi, à sa famille et à sa communauté. Avec son épouse bien-aimée, Munawar, il a joué un rôle déterminant dans la création de la première mosquée de la région d'Halifax, une contribution durable qui continue de servir de lieu de culte et de rassemblement pour des générations. Homme d'une foi tranquille, le Dr Ahmad prêchait par l'exemple plutôt que par les mots, incarnant l'humilité, l'intégrité et la compassion dans tous les aspects de sa vie. Il était extrêmement fier de ses enfants : son fils Kamran, sa fille Sabeena et sa benjamine, Zareen, qui a d'ailleurs suivi les traces de son père en devenant rhumatologue à Toronto.

On se souviendra du Dr Ahmad pour son esprit pionnier, son dévouement envers ses patients et ses étudiants, ainsi que pour sa présence douce et constante au sein de la communauté. Son héritage perdure à travers sa famille, sa foi et les nombreuses vies qu'il a touchées.

*Evelyn Sutton, M.D., FRCPC, FACP*

*Professeure de médecine, Division de rhumatologie  
Département de médecine, Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)*

*Volodko Bakowsky, M.D., FRCPC*

*Professeur agrégé, Division de rhumatologie  
Département de médecine, Université Dalhousie  
Halifax (Nouvelle-Écosse)*



**BIMZELX EST  
LE PREMIER ET LE  
SEUL INHIBITEUR  
DE L'IL-17A ET DE  
L'IL-17F.\*<sup>1,2</sup>**

# UNE OCCASION DE REPOUSSER LES LIMITES DU RHUMATISME PSORIASIQUE ET DE L'AXSPA GRÂCE À BIMZELX

BIMZELX est indiqué pour le traitement des patients adultes atteints des affections suivantes<sup>1</sup> :

- le psoriasis en plaques modéré ou sévère, chez les candidats au traitement à action générale ou à la photothérapie;
- le rhumatisme psoriasique évolutif. BIMZELX peut être utilisé seul ou en association avec un médicament antirhumatismal modificateur de la maladie (ARMM) non biologique conventionnel (par exemple, le méthotrexate);
- la spondylarthrite ankylosante évolutive, chez les personnes ayant présenté une réponse inadéquate ou une intolérance au traitement conventionnel;
- la spondylarthrite axiale non radiographique (nr-axSpA) évolutive, chez les adultes présentant des signes objectifs d'inflammation tels qu'un taux élevé de protéine C réactive (CRP) et/ou des signes visibles à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou qui ne les ont pas tolérés.

## **Conditions d'utilisation clinique :**

L'utilisation de BIMZELX n'est pas autorisée chez les enfants (< 18 ans).

## **Mises en garde et précautions pertinentes :**

- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Réactions d'hypersensibilité graves
- Vaccination
- Infections, y compris la tuberculose
- Femmes enceintes ou qui allaitent
- Femmes en mesure de procréer

## **Pour de plus amples renseignements :**

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse [ucb-canada.ca/fr/bimzelx](http://ucb-canada.ca/fr/bimzelx) pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les directives posologiques qui ne sont pas abordés dans le présent document. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en communiquant au 1-866-709-8444.

\* La signification clinique comparative est inconnue.

<sup>1</sup>. Monographie de BIMZELX. UCB Canada Inc. 27 novembre 2024. <sup>2</sup>. Données internes, UCB Canada Inc.